

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA**

**DESCENTRALIZAÇÃO E POLÍTICAS REGULATÓRIAS: A  
TRAJETÓRIA DO SUS EM CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ**

**MARCUS VINICIUS MACHADO MELO**

**CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ**

**JULHO 2018**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA**

**DESCENTRALIZAÇÃO E POLÍTICAS REGULATÓRIAS: A  
TRAJETÓRIA DO SUS EM CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ**

Tese apresentada ao Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como parte das exigências de obtenção do título de Doutor em Sociologia Política.

Orientador:  
Prof. Dr. Sérgio de Azevedo

CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ

JULHO 2018

**FICHA CATALOGRÁFICA**

UENF - Bibliotecas

Elaborada com os dados fornecidos pelo autor.

M528

Melo, Marcus Vinicius Machado.

Descentralização e Políticas Regulatórias : a trajetória do SUS em Campos dos Goytacazes (RJ) / Marcus Vinicius Machado Melo. - Campos dos Goytacazes, RJ, 2018.

289 f.

Bibliografia: 279 - 289.

Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2018.

Orientador: Sergio de Azevedo.

1. Descentralização. 2. Políticas de Saúde. 3. Federalismo. 4. Royalties. 5. Controle Social. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. II. Título.

CDD - 320

*"I close my eyes, only for a moment, and the moment's gone  
All my dreams pass before my eyes, a curiosity  
Dust in the wind  
All they are is dust in the wind  
Same old song, just a drop of water in an endless sea  
All we do crumbles to the ground though we refuse to see  
Dust in the wind  
All we are is dust in the wind  
Don't hang on, nothing lasts forever but the earth and sky  
It slips away  
And all your money won't another minute buy  
Dust in the wind  
Everything is dust in the wind"*

Kerry Livgren

Dedico esse trabalho ao "menino" Tommy e ao  
"garoto" Otto. O que aprendi com vocês nenhum  
livro foi capaz de me ensinar.



## AGRADECIMENTOS

À minha filha Maria, meu maior Amor, razão de minha existência. Simples assim...

À minha esposa Beatriz, por não ter me deixado desistir nos momentos difíceis, que, aliás, não foram poucos...

À tia Marília, sempre presente...

Ao Luís e a Mislene, anjos da guarda de última hora...

Aos muitos anônimos, por terem contribuído para esse trabalho, às vezes indiretamente e sem saberem o quanto, expressei meu sentimento de gratidão...

À Prof<sup>a</sup>. Wania Belchior, coordenadora do PPGSP, pelo empenho e dedicação ao Programa e a todos nós...

À Thaísa e Neila, e em seus nomes, a todos os que, dos bastidores, fazem tudo acontecer...

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Angélica Santos Borges, mente das mais brilhantes que já conheci, generosidade de igual tamanho. daquelas pessoas que marcam nosso caminho... e à Prof<sup>a</sup>. Dra. Luciana Dias Lima, por ter abraçado um desafio já quase perdido.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Denise Terra, por tantos *insights* fundamentais à estruturação desse trabalho.

Ao meu orientador, Sérgio de Azevedo. Quis o destino que eu fosse o último orientando de sua brilhante carreira... como definir isso, e tudo o que deixa para mim e em mim? Como falar sobre você? Sim, paradoxalmente não colocando o Prof. Dr. antes de seu nome. Muitos – dentre os quais aqueles que, num primeiro momento, acharam que eu havia me esquecido dessa deferência ao me referir aqui a você - só o conhecem pelo seu gigantesco currículo. Você é gente, antes de tudo, mais do que tudo... gente sofisticada (palavra da qual tanto gosta e a que melhor te define), em todos os sentidos. A academia precisa disso, muito ! Primeiro, de gente... preferencialmente, sofisticada. São poucos, muito poucos esses... exceções, como você. Meu respeito. Minha gratidão. Por tudo!

## ÍNDICE

Resumo .....	II
Abstract .....	IV
Índice de Tabelas, Gráficos e Figuras .....	VI
Glossário .....	IX
Introdução .....	1
Capítulo 1 – A descentralização no âmbito do atual modelo federalista: interfaces com as políticas de saúde no Brasil .....	16
1.1 O contexto da gênese do SUS: entre as reformas liberais hegemônicas e as dependências de trajetória do sistema de saúde brasileiro .....	30
1.2 As Normas Operacionais do SUS: descentralização ou regulação? .....	49
1.3 A era do petróleo: continuidades e mudanças na região Norte Fluminense e em Campos dos Goytacazes - RJ .....	82
Capítulo 2 - A dinâmica do ambiente político-institucional local e seus efeitos sobre a organização dos serviços de saúde .....	101
2.1 A Lei municipal 6899/99 : o marco legal determinante para a configuração do arcabouço político-institucional do sistema de saúde local .....	116
2.2 A lógica de alocação dos recursos e o jogo de soma positiva que definiram a relação público-privada na área da saúde .....	135
2.3 O fortalecimento da administração indireta na saúde e suas consequências para a gestão do sistema de saúde local .....	154
Capítulo 3 – O papel dos gestores e do Conselho Municipal de Saúde na configuração do ambiente político-institucional local .....	170
3.1 O Conselho Municipal de Saúde local e sua peculiar composição: (dis)paridade de forças? .....	172
3.2 O poder dos “Prefeitos médicos” e sua influência na trajetória do SUS local na era dos royalties do petróleo .....	207
3.3 A realidade local pós–2009: uma breve contextualização, à guisa de conclusão .....	242
<b>Considerações finais</b> .....	273
Referências Bibliográficas.....	280
Anexos.....	290

## RESUMO

A descentralização foi um elemento protagonista na década de 80, independente de suas perspectivas ideológicas. Ao mesmo tempo em que era considerada uma ferramenta indispensável às propostas neoliberais, as quais defendiam a diminuição do Estado e do gasto público, era também vista como um elemento fundamental aos processos de redemocratização nos países em desenvolvimento, especialmente os latino-americanos. No Brasil, se expressou no grau de autonomia política dos municípios, fazendo do nosso atual modelo federalista um dos mais descentralizados do mundo. É também um pilar fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS). Institucionalizado nesse ambiente de transformações nos contextos nacional e internacional, convivendo com a presença do setor privado na prestação dos serviços - uma dependência de trajetória sistema de saúde anterior - e com grandes restrições orçamentárias, sua implantação foi balizada por Normas Operacionais (NOBs/NOAS), cujo objetivo principal era estabelecer diretrizes para a descentralização dos serviços. Embora de adesão facultativa, quase a totalidade dos municípios vinculou-se às mesmas, motivados pelos repasses de recursos a elas atrelados. Campos dos Goytacazes fez uma opção parcialmente diferente, em razão de sua autonomia financeira, proporcionada pelas receitas com royalties do petróleo: permaneceu vinculado ao governo central apenas na gestão da atenção básica, mesmo tendo condições para assumir totalmente o controle de seu sistema de saúde. Sinteticamente, podemos dizer que o município era um “tipo-ideal” do modelo político-institucional pensado para o SUS na sua concepção: expressivo volume de financiamento público, e um alto grau de autonomia na alocação dos recursos no nível local, como expressão máxima da descentralização gerencial proposta para o SUS. A questão é como se comporta esse modelo quando aplicado à realidade brasileira. A análise da configuração do ambiente político-institucional da saúde local, a partir da dinâmica da relação público-privada, buscando entender tanto a lógica das decisões alocativas e políticas no período de 1999 a 2009, quanto às razões para as referidas decisões, são os objetivos do estudo. A estruturação e o papel do Conselho Municipal de Saúde, nesse contexto, mereceram destaque. A metodologia utilizada reuniu evidências de três fontes - documentos (leis, convênios, jornais), entrevistas e banco de dados (DATASUS, IBGE, Inforoyalties), cujos

conteúdos foram convergentes em relação ao mesmo conjunto de fatos ou descobertas. Os resultados confirmaram a hipótese do trabalho, de que a descentralização das políticas de saúde no município produziu um arranjo político-institucional não desejado - fruto de um jogo de soma positiva que garantiu ganhos políticos e/ou econômicos para todos os atores envolvidos - o qual acabou por preservar, no nível local, as características pré-SUS do sistema de saúde brasileiro, não tendo sido verificados, no período estudado, os ganhos obtidos pelo SUS, apontados na literatura.

Palavras-chave: políticas de saúde - descentralização – federalismo – royalties do petróleo - financiamento

## ABSTRACT

Decentralization was a key element in the 1980s, regardless of its ideological perspectives. It was considered an indispensable tool for neoliberal proposals, which supported the reduction of the state and public spending; and was seen as a fundamental element in the processes of redemocratization in developing countries, especially Latin American countries. In Brazil, it expressed itself in the degree of political autonomy of the municipalities, making our current federalist model one of the most decentralized in the world. It is also a fundamental pillar of the Unified Health System (SUS). Institutionalized in this environment of transformations, in the national and international contexts, and existing with the presence of the private sector while providing services - a path dependence of the previous health care system - and with great budgetary restrictions, its implementation was defined by Operational Standards (NOBs / NOAS), whose main objective was to establish guidelines for the decentralization of services. Although the optional adherence, almost all the municipalities were connected to them, motivated by the transfers of resources. Campos dos Goytacazes decided for a partially different choice, due to its financial autonomy, provided by the revenues of the oil royalties: remained linked to the central government only in the management of basic care, even though it was able to assume full control of its health system. Synthetically, it can be said that the municipality was an ideal type of political-institutional model for SUS in its conception: significant volume of public funding, and a high degree of autonomy in the allocation of resources at the local level, as the maximum expression of the managerial decentralization proposed for SUS. The question is how this model behaves when applied to the Brazilian reality. The analysis of the configuration of the political-institutional environment of local health, based on the dynamics of the public-private relationship, seeking to understand both the logic of allocative and political decisions in the period from 1999 to 2009, and the reasons for these decisions are the goal of the study. The structuring and the role of the Municipal Health Council in this context deserved a main role. The methodology used gathered evidence from three sources - documents (laws, agreements, newspapers), interviews and database (DATASUS, IBGE, Inforoyalties), whose contents were convergent in

relation to the same set of facts or discoveries. The results confirmed the hypothesis of the research, the decentralization of health policies in the municipality produced an unplanned political/institutional arrangement - the result of a positive sum game that guaranteed political and / or economic gains for all the actors involved - which ended up preserving the pre-SUS characteristics of the Brazilian health system, and the gains obtained by the SUS, pointed out in the literature, were not verified at the local level during the studied period.

Key words - health politics - decentralization - federalism – oil royalties - financing

## ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS, FIGURAS E QUADROS

### TABELAS

<b>Tabela A</b> – Transferências governamentais SUS - Campos dos Goytacazes – RJ - 2003-2009 .....	62
<b>Tabela B</b> - Percentual da receita própria com impostos no orçamento total dos municípios mais ricos do Brasil- 2002 – 2011 .....	65
<b>Tabela C</b> - Síntese e comparação dos principais aspectos relacionados às NOBs SUS 01/91, 01/92, 01/93, 01/96 para os municípios .....	73
<b>Tabela D</b> - Síntese dos avanços e dificuldades na implementação do SUS nos anos 90 .....	74
<b>Tabela F</b> – Postos de saúde da SASPLAN transferidos para o município de Campos dos Goytacazes – RJ .....	108
<b>Tabela G</b> - Número total e disponíveis SUS de quart/enfer, Quartos/apart., Enferm c/2 leitos, Enferm c/3-6 leit., Enferm c/+6 leitos segundo natureza jurídica - Campos dos Goytacazes - RJ – 1999 .....	114
<b>Tabela H</b> - Número total e disponível SUS de Leitos unid.interm, Leitos UTI adulto, Leitos UTI coronar, Leitos UTI infant, Leitos UTI neonat, Leitos UTI queimad segundo natureza jurídica-Campos dos Goytacazes-RJ-1999 .....	114
<b>Tabela I</b> - Evolução do orçamento total do Município, do Gabinete do Prefeito e das Secretarias de Administração e de Saúde.Campos dos Goytacazes – RJ - 1998 a 2003 .....	126
<b>Tabela J</b> - Valor mensal dos repasses dos convênios do município com as instituições sem fins lucrativos da área de saúde. Campos dos Goytacazes - RJ-2003 .....	142
<b>Tabela K</b> – Valor total dos convênios celebrados entre o e os Hospitais Filantrópicos - Campos dos Goytacazes - RJ - 2003 .....	143
<b>Tabela L</b> - Comparativo entre a composição do Conselho Diretor da FJBM segundo o estatuto original e a primeira alteração estatutária. Campos dos Goytacazes-RJ	157
<b>Tabela M</b> Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, segundo grandes regiões, unidades da Federação e Municípios – Brasil - 2009 .....	241

## GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Percentual de cumprimento da EC-29 pelo município de Campos dos Goytacazes – RJ- 2000 – 2009 .....	77
<b>Gráfico 2</b> - Evolução da arrecadação per capita com royalties e participações especiais dos municípios da região norte-fluminense – 1999-2009 .....	95
<b>Gráfico 3</b> - Evolução da arrecadação do município de Campos dos Goytacazes-RJ com royalties e participações especiais da exploração de petróleo (1999-2010).....	91
<b>Gráfico 4</b> - Evolução da participação do município de Campos dos Goytacazes-RJ no PIB brasileiro- 1999-2009.....	91
<b>Gráfico 5</b> - Evolução da composição da receita do município de Campos dos Goytacazes- RJ – 1999 a 2010 .....	92
<b>Gráfico 6</b> - Comparativo entre os valores de ICMS arrecadado e repassado - Campos dos Goytacazes- RJ.....	94
<b>Gráfico 7</b> - Comparativo entre os valores de ICMS arrecadado e repassado - Macaé- RJ – 2000 a 2009 .....	94
<b>Gráfico 8</b> - Evolução do financiamento público do sistema de saúde de Campos dos Goytacazes–RJ (em milhões de reais) - 2002 a 2011.....	116
<b>Gráfico 9</b> - Orçamento do setor de saúde por esfera de governo. Campos dos Goytacazes-RJ - 2002 a 2011.....	165
<b>Gráficos 10</b> – Número de Famílias Acompanhadas PCAS/PSF - Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro – Brasil - 1998-2012 .....	224
<b>Gráficos 20</b> – Número total de internações - 1998-2007 - Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro - Brasil .....	229
<b>Gráficos 30</b> – Número total de internações em clínica cirúrgica - 1998-2007 - Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro - Brasil .....	231
<b>Gráficos 40</b> – Número total de internações de médica 1998-2007 - Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro - Brasil .....	232
<b>Gráficos 50</b> – Número total de internações em obstetrícia - Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro – Brasil - 1998-2007 .....	233
<b>Gráficos 60</b> – Quantidade Apresentada e Quantidade Aprovada de Patologia Clínica- 1999-2007 - Campos dos Goytacazes-RJ – Rio de Janeiro - Brasil .....	235
<b>Gráficos 70</b> – Quantidade Apresentada e Quantidade Aprovada de Exames ultrassonográficos - 1999-2007 - Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro - Brasil .....	236
<b>Gráficos 80</b> – Quantidade Apresentada e Quantidade Aprovada de Procedimentos de Diagnose - 1999-2007 - Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro - Brasil .....	236
<b>Gráficos 90</b> – Quantidade Apresentada e Quantidade Aprovada de Tomografia - 1999-2007 - Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro - Brasil .....	238



<b>Gráficos 100</b> – Quantidade Apresentada e Quantidade Aprovada de Procedimentos ambulatoriais - 1999-2007 Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro - Brasil .....	238
<b>Gráficos 110</b> – Quantidade Apresentada e Quantidade Aprovada de Consultas médicas especializadas - 1999-2007 - Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro - Brasil .....	240

## FIGURAS

<b>Figura A</b> – Receita dos governos municipais por fonte – Brasil - 1996-2006 .....	63
<b>Figura B</b> - Esquema macro-organizacional formal da gestão do sistema de saúde do município de Campos dos Goytacazes – RJ .....	161
<b>Figura C</b> - Esquema do processo decisório da gestão do sistema de saúde do município de Campos dos Goytacazes - RJ formalizado pelos estatutos dos órgãos da administração indireta .....	162

## QUADROS

<b>Quadro-1</b> – Síntese das principais modificações nas normas que regulam a cobrança e distribuição dos royalties do Brasil.....	89
<b>Quadro 2</b> – Relação percentual e recursos de royalties e participações especiais (RR) sobre a receita total (RT) – Municípios da Região Norte Fluminense – 1999 a 2008 .....	93
<b>Quadro 3</b> – Eventos marcantes na área de saúde, por período de gestão municipal – Campos dos Goytacazes-RJ- 1989 -2017 .....	211

## GLOSSÁRIO

- ABO - Associação Brasileira de Odontologia
- ACIC - Associação Comercial e Industrial de Campos
- AIH - Autorização de Internação hospitalar
- ANP – Agência Nacional de Petróleo
- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- ATM - Associação Transparência Municipal
- BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
- CF - Constituição Federal
- CIB - Comissões Intergestores Bipartite
- CIT - Comissões Intergestores Tripartite
- CMS - Conselho Municipal de Saúde
- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- COSEMS - -Conselho Estadual de Secretários de Saúde
- CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
- D.O. – Diário Oficial
- DOU – Diário Oficial da União
- FGSV - Fundação Geraldo da Silva Venâncio
- FJBM - Fundação Dr. João Barcelos Martins
- FMI – Fundo Monetário Internacional
- FMS – Fundação Municipal de Saúde
- FPM - Fundo de Participação dos Municípios
- FUNDEF -Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério
- GAP - Grupo de Apoio à Promotoria
- GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica
- GPABA - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
- GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal
- GPSS - Gestão Plena do Sistema de Saúde
- HEAA - Hospital Escola Álvaro Alvim
- HFM - Hospital Estadual Ferreira Machado
- HGG - Hospital Geral de Guarus
- HPC - Hospital dos Plantadores de Cana
- IAA - Instituto do Açúcar e do Alcool
- IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICMS - Imposto Sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços
- IMNE - Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia
- INAMPS -Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS - Instituto Nacional da Previdência Social
- INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
- IPTU - Imposto Predial e Territorial Urbano
- IPVA - Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores
- IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte
- ISS – Imposto Sobre Serviço
- ITBI - Imposto de Transmissão de Bens Imóveis
- MS – Ministério da Saúde

- NF – Norte Fluminense
- NIR - Núcleos Internos de Regulação
- NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
- NOB – Norma Operacional Básica
- OAB – Ordem dos Advogados Brasil
- OMPETRO – Organização dos Municípios Produtores de Petróleo
- PAB - Piso Assistencial Básico da Atenção Básica
- PACS – Programa Agentes Comunitários da Saúde
- PDT - Partido Democrático Trabalhista
- PIB - Produto Interno Bruto
- PPI - Programações Pactuadas Integradas
- PROÁLCOOL - Programa Nacional do Alcool
- PSB - Partido Socialista Brasileiro
- PSF – Programa Saúde da Família
- PT - Partido dos Trabalhadores
- RH - Recursos Humanos
- SADT - Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento
- SASE - Serviço de Assistência Social da Santa Casa de Misericórdia de Campos
- SASPLAN - Serviço de Assistência aos Plantadores de Cana
- SBPC – Sociedade Beneficência Portuguesa de Campos
- SCM – Santa Casa de Misericórdia de Campos
- SFMC – Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia
- SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
- SIAF - Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
- SIOPS Sistema de Informação do Orçamento Público de Saúde
- SMA - Secretaria Municipal de Administração
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TAC - Termo de Ajustamento de Conduta
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- UCAM – Universidade Candido Mendes
- UCP - Unidade de Cuidados Prolongados
- UI - Unidade Intermediária
- UPH – Unidade Pré Hospitalar
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## Introdução

A descentralização foi um elemento protagonista no contexto da década de 80, independente de suas perspectivas ideológicas. Por um lado, fortalecida pela crise fiscal e pelo enfraquecimento do *welfare state*, era vista como uma ferramenta indispensável às propostas neoliberais, hegemônicas naquele período, as quais defendiam a diminuição do Estado e a eficiência dos gastos públicos, mediante a introdução de estratégias típicas de mercado tais como a participação do usuário no custeio dos serviços, e a competição entre os provedores, dentre outras.

Por outro, nos países então em desenvolvimento, especialmente os latino-americanos, as experiências ditatoriais vividas por muitos deles fizeram a descentralização ser vista como um elemento virtuoso e fundamental aos seus respectivos processos de redemocratização. Noutras palavras, a crítica aos regimes militares e a rejeição à consequente centralização desses governos levou a uma associação automática entre descentralização e democracia (Arretche, 1999), a qual não necessariamente se confirma, à luz da literatura (Prado et al, 2003).

No Brasil, em particular, a importância dos municípios no atual desenho federativo, diz muito sobre a força da descentralização no contexto da redemocratização no país, a ponto de nosso atual modelo federalista ser considerado um dos mais descentralizados do mundo (Abrúcio, 2005, dentre outros), em razão do alto grau de autonomia política desse ente subnacional.

Nesse ambiente de importantes rupturas e transformações no contexto nacional e internacional foi idealizado e institucionalizado o Sistema Único de Saúde (SUS). Como disse Carvalho (1999), enquanto o mundo discutia a reorientação das diretrizes da economia, a diminuição da presença do Estado e a contenção dos gastos públicos, aqui se expandia o direito à saúde, com o aumento da responsabilidade estatal em seu provimento.

O movimento sanitário brasileiro da década de 70, o qual defendia também maiores poderes nos níveis subnacionais, acabou por exercer forte influência no (re)desenho do sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, o protagonismo dos municípios se reproduziu na estruturação do SUS, fazendo da descentralização um

de seus pilares fundamentais, garantido constitucionalmente como expressão da vitória dos movimentos pró-democracia.

Aliado a esses fatores, as características da estruturação do sistema de saúde brasileiro anterior ao SUS, com suas linhas de dependência de trajetória, apontadas por Gerschman e Santos (2006) e Menicucci (2007), são também elementos fundamentais para a compreensão da estruturação do SUS, inclusive no âmbito local, como no caso do sistema de saúde objeto desse estudo.

Nesse sentido, e num contraponto aos teóricos que atribuem as dificuldades da implantação do SUS prioritariamente ao contexto internacional, Lobato (2000) alerta para o perigo de se atribuir os limites de efetivação da universalização do sistema de saúde brasileiro – e o crescimento do mercado privado - apenas às iniciativas neoliberais, desconsiderando as injunções políticas e a constituição histórica da proteção social no Brasil.

É dessa perspectiva que a primeira seção do primeiro capítulo aborda a descentralização no âmbito das reformas dos sistemas de saúde em geral - inclusive os mais paradigmáticos, inspiradores do SUS no que se refere à saúde como direito universal. Aspectos relacionados às características históricas do sistema brasileiro, apontadas por vários autores, também merecem menção, com destaque para a relação entre comprador e vendedores de serviços nesse contexto.

A segunda seção explicita o processo de descentralização do SUS, tendo as NOBs/NOAS como tema central. As Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs, posteriormente denominada NOAS) foram instituídas a partir da década de 90, pelo Ministério da Saúde, com o propósito de estabelecer diretrizes para essa descentralização dos serviços de saúde.

Embora de adesão facultativa - tendo em vista a autonomia política dos municípios brasileiros, fruto do arranjo federativo vigente desde 1988 -, quase a totalidade dos mesmos vinculou-se a essas referidas NOBs/NOAS, em grande parte pelos incentivos financeiros a elas atrelados, motivados pela dependência das transferências de recursos de outras esferas de governo, principalmente a federal.

Dito de outro modo, em que pese a autonomia política dos municípios permitir aos mesmos não aderirem às NOBs/NOAS, podendo com isso, em tese, exercer uma forma de veto às políticas do governo central, através do Ministério da Saúde (Arretche, 2005), a vinculação de grande parte dos repasses à adesão às NOBs/NOAS teve considerável influência na decisão dos municípios a esse respeito

- Prado et al (2003: 285) apontam a existência de um possível dilema, fundamental à manutenção da descentralização no Brasil: a suposta antítese “transferências vinculadas versus autonomia”.

Além de explicar as características das NOBs/NOAS e o contexto da implantação dessas normativas, elencando as diretrizes e a sequência das mesmas, é enfatizado nessa seção o seu caráter indutor, dado pelo Ministério da Saúde, e as possíveis contradições em relação à sua principal função. Assim, o formato centralizador da principal ferramenta utilizada para nortear o processo de descentralização do SUS é analisado à luz da literatura, com seus respectivos avanços e limitações.

A última seção do primeiro capítulo contextualiza brevemente o panorama dos municípios “novos ricos” e dos “petrorrentistas” (Serra, Terra & Pontes, 2006), com ênfase para o incremento geométrico de recursos de royalties a partir da chamada Lei do Petróleo, de 1997. As características específicas da economia da região Norte Fluminense são mencionadas no âmbito dessa temática, com destaque para a importância política e econômica dos royalties para essa região.

É natural que todo esse contexto da gênese do sistema público de saúde brasileiro, inspirado nos modelos mais avançados de proteção social, e com o objetivo fundamental do acesso universal aos serviços de saúde – tenha gerado contradições e tensionamentos que acompanham até hoje o contínuo processo de implementação do SUS, estando, portanto, presentes em toda a sua trajetória.

Tomando como nossas as palavras de Faveret & Oliveira (1990), a interface entre SUS idealizado e desejado - inspirado e importado de um modelo pensado para sociedades de bases distributivas relativamente homogêneas - e o SUS real e possível - operacionalizado numa sociedade de profunda desigualdade social, com frágeis mecanismos de controle social e acentuadas restrições orçamentárias - guarda contradições e características cujas origens têm raízes históricas e institucionais complexas, as quais interferem diretamente na estruturação do sistema de saúde brasileiro.

É nesse sentido que está a relevância desse estudo. Campos dos Goytacazes habilitou-se, em 1998, na Gestão Plena da Atenção Básica, optando por assim permanecer ao longo da vigência das NOBs/NOAS, mesmo tendo todas as prerrogativas para assumir a Gestão Plena do seu sistema de saúde, a partir do ano seguinte. O referido município somente voltou a formalizar algum tipo de vínculo

com as diretrizes gerais do Ministério da Saúde no ano de 2008, quando assinou o Termo de Compromisso de Gestão - referente ao Pacto pela Saúde, de 2006 -, cujos compromissos passaram a ser implementados no fim de 2009.

Diferente da maioria dos demais municípios brasileiros, Campos dos Goytacazes – RJ optou por não vincular-se mais fortemente às políticas centrais do SUS. Contudo, o exercício desse poder de veto, com base na sua autonomia política, garantida constitucionalmente, só pode ser consolidado em razão da sua menor dependência das transferências regulares do SUS para financiar seu sistema de saúde. Isso porque seu orçamento teve um crescimento exponencial desde o final dos anos 90, alçando esse município ao seletivo grupo dos que respondem por pelo menos 0,5 % do PIB nacional (IBGE,2011), em razão das receitas com royalties da exploração do petróleo.

Tais receitas, além de expressivas, contam com regras específicas, as quais, embora complexas, permitem alto grau de autonomia alocativa desses recursos, por parte do gestor local. Esse crescimento exponencial do orçamento total se reproduziu no financiamento da saúde local: o aporte de recursos públicos municipais nesse setor cresceu mais de 1000 por cento no período estudado (período no qual se agravava a crise no financiamento da saúde no Brasil), fazendo de Campos dos Goytacazes – RJ um dos cinco municípios brasileiros que tiveram maior gasto em saúde (Breamaker, 2011).

De maneira sintética, podemos dizer que o município de Campos dos Goytacazes - RJ representa quase um “tipo-ideal” do modelo político-institucional pensado para o SUS quando da sua concepção: expressivo volume de financiamento público, aliado a um alto grau de autonomia na alocação dos recursos no nível local, como expressão máxima da descentralização gerencial proposta para o SUS, no âmbito do modelo federativo fiscal vigente.

A grande questão que se coloca, fundamentada nessas premissas e nas proposições de Faveret & Oliveira (1990), é como se comporta esse modelo, pensado teoricamente, quando aplicado à realidade. Ou seja, quais os resultados possíveis de serem alcançados por esse modelo institucional idealizado e proposto para o SUS, tendo em vista as características históricas, políticas, culturais e sociais brasileiras, representadas nas relações patrimonialistas e clientelistas de nossa sociedade como um todo e, obviamente, também locais. O singular caso de Campos

dos Goytacazes-RJ permite uma boa oportunidade para um olhar mais apurado sobre esse tema.

A análise da configuração do ambiente político-institucional da saúde local, a partir da dinâmica da relação público-privada e nesse contexto de grande disponibilidade de recursos, buscando entender as “regras do jogo” (North, 1995) que nortearam as decisões alocativas e políticas no período de 1999 a 2009 é o objetivo geral do estudo em tela.

Essa análise foi fundamental para responder à questão central proposta pela pesquisa: porque o município de Campos dos Goytacazes – RJ, no uso de sua autonomia política, optou por não alterar seu vínculo com as políticas centrais do SUS desde sua habilitação à gestão plena da atenção básica, em 1998, até a implementação do ao Termo de Compromisso de Gestão, em 2009, mesmo tendo todas as possibilidades, estruturais e materiais, para assumir a gestão plena de seu sistema de saúde, no âmbito da vigência das NOBs/NOAS?

A proposta metodológica tem como diretriz a descrição e análise da estruturação do sistema de saúde e da configuração do ambiente político-institucional desse setor no município de Campos dos Goytacazes – RJ, no período de 1999 a 2009, a partir da sistematização de dados existentes em bases de dados secundários, fontes documentais de acesso público sobre o município e entrevistas semi estruturadas com atores que participaram desses processos.

O período escolhido justifica-se por diversas razões, sendo três as principais: a primeira é pelo fato de no ano de 1999 ter sido publicada a lei 6899/99, a qual permitiu a aplicação dos recursos dos royalties na área de saúde, desencadeando toda a dinâmica alocativa que caracterizou o período, a partir dos acordos, institucionalizados ou não, e dos conflitos entre os atores nela envolvidos.

A segunda razão é por ter sido esse o período no qual o município em tela ficou sem avançar em seus compromissos e vinculações com as políticas centrais do SUS, definidas pelo Ministério da Saúde, desde a primeira e única adesão do mesmo às Normas Operacionais do SUS, no ano de 1998 – quando habilitou-se na gestão plena da atenção básica, com base na NOB/96, até 2009, quando o referido município implementou os mecanismos propostos pelo Pacto pela Saúde, através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão.

A terceira das principais razões tem a ver com o financiamento do sistema de saúde. Esse período é importante, além de peculiar, por duas razões concomitantes



e inversas: por um lado, o sistema de saúde brasileiro vivia um período crítico nesse sentido, numa crescente trajetória de crise no financiamento setorial, tanto no que se refere às fontes quanto ao volume dos recursos. Por outro, no âmbito local o panorama era radicalmente inverso: iniciou-se, em 1999, um incremento exponencial do financiamento público do sistema de saúde local, de tamanha monta a ponto de fazer de Campos dos Goytacazes um dos cinco municípios brasileiros de maior gasto em saúde, em 2011 (Breamaker, 2011).

Dessa forma, no período escolhido para esse estudo foi possível considerar e contextualizar a vigência dos contratos, convênios, leis municipais e demais diretrizes formais do SUS, com o propósito de identificar as normas formais e os constrangimentos informais que acabaram por determinar o padrão institucional que definiu as “regras do jogo” em nível local, a partir das quais os atores – organizações e indivíduos - fizeram suas escolhas, avaliando suas eventuais influências na decisão do município de permanecer na gestão plena apenas da atenção básica, embora com todas as condições de assumir a gestão plena de seu sistema de saúde, quando da vigência das habilitações, abrindo mão, por um lado, de receber diretamente todos os repasses do Ministério da Saúde e de controlar todos os seus prestadores de saúde, inclusive os hospitais privados de todas as naturezas jurídicas.

A pesquisa realizada foi do tipo exploratório, correspondente ao modelo estudo de caso. De acordo com Yin (2004), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa utilizada em muitas situações, dentre as quais se incluem investigações nas áreas de política, ciência política e pesquisa em administração pública, contribuindo para a compreensão que desejamos ter dos complexos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos.

De acordo com Yin (op.cit), o trabalho de coleta de dados na realização dos estudos de caso deve observar alguns requisitos fundamentais para garantir a qualidade do estudo, dentre os quais se destacam:

- a) Reunir evidências provenientes de duas ou mais fontes, mas que convergem em relação ao mesmo conjunto de fatos ou descobertas;
- b) Guardar um encadeamento de evidências, isto é, ligações explícitas entre as questões feitas, os dados coletados e as conclusões a que se chegou.

Essas evidências devem convergir em um formato de triângulo, e podem vir de seis fontes distintas, de acordo com o autor: documentos, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos. Nesse sentido, as fontes principais de informações utilizadas nesse trabalho foram os documentos, os registros em arquivo, as entrevistas e, indiretamente, a observação participante.

As fontes documentais utilizadas são todas de acesso público, tais como matérias publicadas na imprensa, os orçamentos municipais, os convênios e contratos assinados pelos gestores e publicados no D.O., os Estatutos das Fundações Municipais, bem como as Leis municipais e federais. Foi dada particular atenção àqueles documentos que possivelmente tenham influenciado diretamente a lógica da organização dos serviços e a dinâmica da estruturação do sistema de saúde local, com destaque para a relação público-privada.

Foram feitas três entrevistas semi-estruturadas, cujas fontes tinham formações e vivências distintas, tanto em relação aos segmentos aos quais pertenciam ou dos quais estavam próximas, como no que se refere às respectivas trajetórias na área da saúde local. Em comum, todas as fontes participaram direta e ativamente da estruturação do sistema de saúde local no período estudado, e mesmo nos períodos anterior e posterior ao recorte temporal de 1999 a 2009.

A experiência desses entrevistados na trajetória de construção do sistema de saúde local desde o processo de municipalização foi fundamental para a coleta de informações, assim como suas diferentes visões acerca dessa trajetória foi determinante para dar segurança aos resultados alcançados, na medida em que, tendo sido as entrevistas uma das três fontes de informações utilizadas, os relatos dos entrevistados foram confrontados com as duas outras fontes objetivas, ou seja, os documentos e os registros em arquivo.

Dentre os entrevistados, um era oriundo do segmento dos prestadores de serviços; outro tinha longa vivência na secretaria municipal de saúde, tendo acompanhado de perto todos os secretários de saúde, desde o ano 2000; e o terceiro era ligado aos movimentos populares, além de ativo participante na dinâmica política da saúde local, desde o processo de municipalização da gestão, tendo participado ativamente da implantação do Conselho Municipal de Saúde, e acompanhado por muitos anos a dinâmica da institucionalização deste, como um dos Conselheiros.

Aos três entrevistados foram feitas as seguintes perguntas em comum:

- Na sua visão, por quais razões o município optou por não habilitar-se na Gestão Plena do seu sistema de saúde, no âmbito da vigência das NOBs, abrindo mão de receber diretamente todos os repasses do Ministério da Saúde e de controlar todos os seus prestadores de saúde, inclusive os hospitais privados?
- Qual foi o papel e o peso do poder público (Secretários de Saúde e Prefeitos) nessa opção?
- A existência dos royalties influenciou essa decisão?
- O que levou o município a implementar o Termo de Compromisso de Gestão, em 2009?
- Houve alguma mudança (em qualquer sentido) com a adesão do município ao Pacto pela Saúde, através da assinatura e posterior implementação do Termo de Compromisso de Gestão? Caso sim, qual (ou quais)?

O propósito dessas perguntas foi entender as semelhanças e diferenças das opiniões e informações desses atores entrevistados - de diferentes visões, interesses e vivências, reiteramos -, buscando compará-las com as demais fontes.

A terceira fonte de informações foram as bases de dados secundários e os registros administrativos informatizados. As fontes utilizadas foram o IBGE e principalmente o DATASUS, incluindo o CNES. Também foram utilizados dados secundários da ANP, através da base de dados Inforoyalties, da Universidade Candido Mendes de Campos (UCAM- Campos).

Uma das estratégias metodológicas utilizadas para a análise desses dados, especialmente os do DATASUS, foi fazer um comparativo do sistema de saúde local, em relação ao Estado do Rio de Janeiro e em relação ao Brasil, no período definido para esse estudo. Para essa finalidade, foram usados os seguintes indicadores, divididos em quatro conjuntos:

- i) atenção básica: quantidade de visitas PSF/PACS; número de famílias acompanhadas PSF/PACS.

- ii) internações hospitalares: quantidade total de internações (global); quantidade de internações de clínica médica, quantidade de internações de clínica cirúrgica, quantidade de internações de obstetrícia e quantidade de internações de média complexidade;
- iii) SADT (Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento): quantidade apresentada e quantidade aprovada de patologia clínica, quantidade apresentada e quantidade aprovada diagnose, quantidade apresentada e quantidade aprovada de exames ultrassonográficos, quantidade apresentada e quantidade aprovada tomografia; e
- iv) procedimentos ambulatoriais: quantidade aprovada de consultas médicas especializadas e quantidade aprovada e valor aprovado de procedimentos ambulatoriais totais.

A estratégia de análise pautou pela descrição do comportamento e pela comparação da tendência dos indicadores de utilização do SUS em relação à natureza da propriedade dos meios de produção dos serviços – pública ou privada - nas três esferas federativas. Em nenhum momento foi utilizada comparação numérica ou estatística – apenas a análise da curva de tendência. Esse cuidado metodológico tem uma importante razão de ser.

Uma objeção muito comum em relação aos estudos de caso é a alegação de que eles fornecem pouca base para uma generalização científica; noutras palavras a questão que se coloca é acerca da possibilidade de generalizar resultados obtidos a partir de um caso único. Yin (op.cit) argumenta que os estudos de casos são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos. Assim, tal como qualquer experimento científico, o estudo de caso não representa uma “amostragem”, sendo o objetivo do pesquisador expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística).

No que se refere ao estudo em tela, também nesse aspecto o mesmo esquadra-se na fundamentação teórica, na medida em que propõe lançar luz sobre questões mais amplas debatidas acerca do SUS, especificamente como os efeitos do aumento do financiamento público e/ou da descentralização fiscal impactariam os objetivos fundamentais do sistema de saúde brasileiro. Esse estudo de caso é, portanto, generalizável, assim como o são seus resultados.

Yin (op.cit.) explica, ainda, que um estudo de caso pode envolver múltiplos casos ou um caso único. E elenca alguns parâmetros para a escolha de um caso único, com o objetivo de garantir a validade do método de pesquisa utilizado. São eles:

- i) O caso único representa o teste decisivo de uma teoria significativa.
- ii) Um caso único é aquele em que o caso representa um caso raro ou extremo.
- iii) O caso único é o caso revelador. Essa situação ocorre quando o pesquisador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação científica.

Esses três fundamentos representam as razões principais para conduzir um estudo de caso único. Com efeito, Campos dos Goytacazes - RJ é caso único, por que é um modelo incomum no sistema de saúde brasileiro ao conciliar, de maneira concomitante, aumento progressivo de financiamento público e autonomia na utilização e na alocação destes recursos.

É também um caso revelador, porque os resultados alcançados jogam luz no debate acerca da associação automática entre descentralização e democracia e, ainda, quanto à eficácia das políticas centrais do SUS, na medida em que permite testar, na prática e na realidade do ambiente político-institucional no âmbito municipal, os efeitos da premissa teórica da descentralização, um dos fundamentos básicos do SUS.

Os capítulos 2 e 3 contemplam as análises desse estudo de caso, à luz dessa metodologia. Em sua introdução, o primeiro trata da dinâmica da construção do ambiente político-institucional local e de seus efeitos sobre a organização dos serviços de saúde. Além de apresentar uma breve síntese das origens do sistema de saúde em tela, incluindo o efeito positivo da expansão da assistência médica nas áreas rurais desde a década de 40/50, fruto de políticas assistenciais específicas do setor sucroalcooleiro (expansão essa que só aconteceu no Brasil, como um todo, a partir da década de 70), explicita também a importância dos hospitais filantrópicos para o sistema de saúde brasileiro, antes e depois do SUS.

A primeira seção do mesmo trata da Lei municipal 6899/99, marco legal local que dá suporte aos documentos formalizados entre o comprador e os vendedores de serviços no município, no período estudado. Os primeiros movimentos políticos que

precederam os acordos, assim como o teor dos discursos em favor da população pobre, através da imprensa local, como forma de fortalecer e legitimar os argumentos dos prestadores de serviços estão entre os tópicos mencionados nessa parte do segundo capítulo.

A dinâmica desses acordos, os quais foram determinantes para a configuração do ambiente político-institucional local, é o aspecto central da segunda seção. Destaque é dado para o Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), assinado no ano de 2003 entre os principais atores desse processo. A celebração dos convênios com os prestadores de serviços sem fins lucrativos e filantrópicos, assim como o montante dos mesmos e a lógica de sua manutenção até o ano de 2009 completam a exposição.

Finalizando o segundo capítulo, a terceira seção mostra a gênese da administração indireta no município de Campos dos Goytacazes, desde a municipalização do sistema de saúde local, assim como suas alterações estatutárias e os contínuos os processos de divisões e fusões das mesmas ao longo dos anos. Parte daí para mostrar a opção dos gestores locais pelo fortalecimento das Fundações públicas através do financiamento das mesmas com recursos dos royalties.

Nesse contexto, mostra que a lógica alocativa e a dinâmica desses financiamentos, por um lado, fortaleceram um modelo de gestão o qual, para além das questões legais, criou uma estrutura decisória que dava ao município, na prática, três secretários de saúde simultâneos, além de chefes do executivo com amplos poderes, político e econômico, na área da saúde; e por outro, consolidaram uma forma de organização dos serviços na qual a administração indireta ficou quase exclusivamente com os serviços e procedimentos de urgência e emergência, permanecendo com o setor privado (com e sem fins lucrativos) a quase totalidade dos leitos eletivos, enquanto a administração direta cuidava das ações preventivas e de saúde pública, de atenção básica, dentre outras.

O terceiro capítulo aborda o papel dos gestores locais e do Conselho Municipal de Saúde na configuração do ambiente político-institucional local, com ênfase para a relação público-privada, assim como seu papel na opção do município em não estabelecer vínculos formais com o SUS, desde a adesão à gestão plena da atenção básica em 1998, até 2009.

A primeira seção disserta sobre a composição do Conselho Municipal de Saúde local, retroagindo à gênese política do processo de municipalização da saúde, no fim da década de 80. Mostra que os movimentos políticos em defesa do sistema de saúde local, especialmente o denominado “Frente Ampla da Saúde”, tiveram papel fundamental para que o município cumprisse as exigências para a conclusão do referido processo, aí incluídas a realização da I Conferência Municipal de Saúde, a criação do Conselho Municipal de Saúde e a implantação do Fundo Municipal de Saúde.

Ao mesmo tempo, é a força desses movimentos que explica em parte a peculiar formação do Conselho de Saúde local, desde o seu início, em razão da existência de um “quinto poder”, o qual permanece até os dias atuais, ainda que à revelia da lei. A correlação de forças no âmbito desse órgão, para além da paridade numérica, e a presidência do Conselho ocupado de forma automática e vitalícia pelo secretário municipal de saúde, são aspectos analisados no âmbito da abordagem de vários outros casos citados na literatura.

A segunda seção aborda o que chamamos da “era dos prefeitos médicos”, em Campos dos Goytacazes. Sem entrar em aspectos partidários, pessoais ou políticos dos atores, mostra a sequência de 20 anos consecutivos – incluindo o período estudado - nos quais o município teve um médico como prefeito ou vice-prefeito, justamente quando o chefe do executivo acumulava imensos poderes políticos e econômicos.

A explicação da trajetória do PSF local dá início às análises encontradas pelo estudo. A comparação da trajetória da oferta de serviços públicos e privados, nos sistemas de saúde local, dos municípios do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil, subsidia e sustenta o alcance de um dos objetivos específicos do trabalho, que é analisar a dinâmica da relação público-privada, bem como a lógica do processo decisório dos atores nela envolvidos, buscando entender a influência dessa relação na trajetória do sistema de saúde local, no período de 1999 a 2009.

Os resultados mostram que, no nível local, não foram verificados os ganhos obtidos pelo SUS, apontados pela literatura, especialmente no que se refere ao avanço na atenção básica e à expansão da quantidade de serviços públicos no período, inclusive nas internações hospitalares. Pelo contrario: diferente das trajetórias verificadas no âmbito estadual e nacional, a trajetória do sistema de

saúde local permaneceu exatamente igual no período estudado, particularmente no que se refere à relação público–privada na provisão dos serviços.

A análise do ambiente político-institucional da saúde local mostrou que sua configuração é fruto de um jogo de soma positiva, respondendo às questões trazidas pelo segundo objetivo específico do trabalho, que foi entender os motivos para a opção dos gestores por permanecer na Gestão Plena da Atenção Básica, ao longo da vigência das habilitações das NOBs/NOAS, mesmo quando o município reunia condições para habilitar-se na Gestão Plena do Sistema Municipal.

Ainda que se possa questionar o grau de interesse público que os motivou, o objetivo de garantir ganhos políticos e/ou econômicos para todos os atores envolvidos norteou os acordos postulados no período, os quais foram institucionalizados, legitimados e quase sempre documentados.

Para além de questões legais ou políticas (as quais que em nenhum momento deliberadamente interessou ou foi abordado nesse trabalho), e independentemente de qualquer posicionamento partidário ou ideológico, destacam-se nas análises uma dependência de trajetória do *modus operandis* dos atores locais - cuja gênese está no processo de municipalização da saúde local, de modo específico -, o qual perpassa a estruturação e o comportamento do Conselho Municipal de Saúde e do Legislativo local, afetando suas respectivas atribuições funcionais e de controle, com sérias consequências para a sociedade local, a qual ainda é fortemente influenciada por uma cultura local/regional hierárquica, corporativista e pouco democrática.

O terceiro objetivo específico foi entender as razões que levaram o gestor a ter optado por assinar e implementar o Termo de Compromisso de Gestão, do Pacto pela Saúde, assumindo novos compromissos com o SUS, em 2009, desde a adesão do município à Gestão Plena da Atenção Básica, em 1998. Os resultados mostram que, por um lado, o fim da vigência da Lei 6899/99, a qual dava suporte legal a todos os arranjos do período; e, por outro, a alteração do jogo de soma positiva - com o crescente ônus político dos gestores, em razão do não funcionamento do sistema de saúde local, não obstante a permanência do aporte de recursos que mantinham os ganhos dos prestadores - foram dois fatores determinantes para essa decisão.

O último dos objetivos específicos foi entender a influência da descentralização (materializada na autonomia política e fiscal do município) na configuração do ambiente político-institucional da saúde, bem como seus efeitos



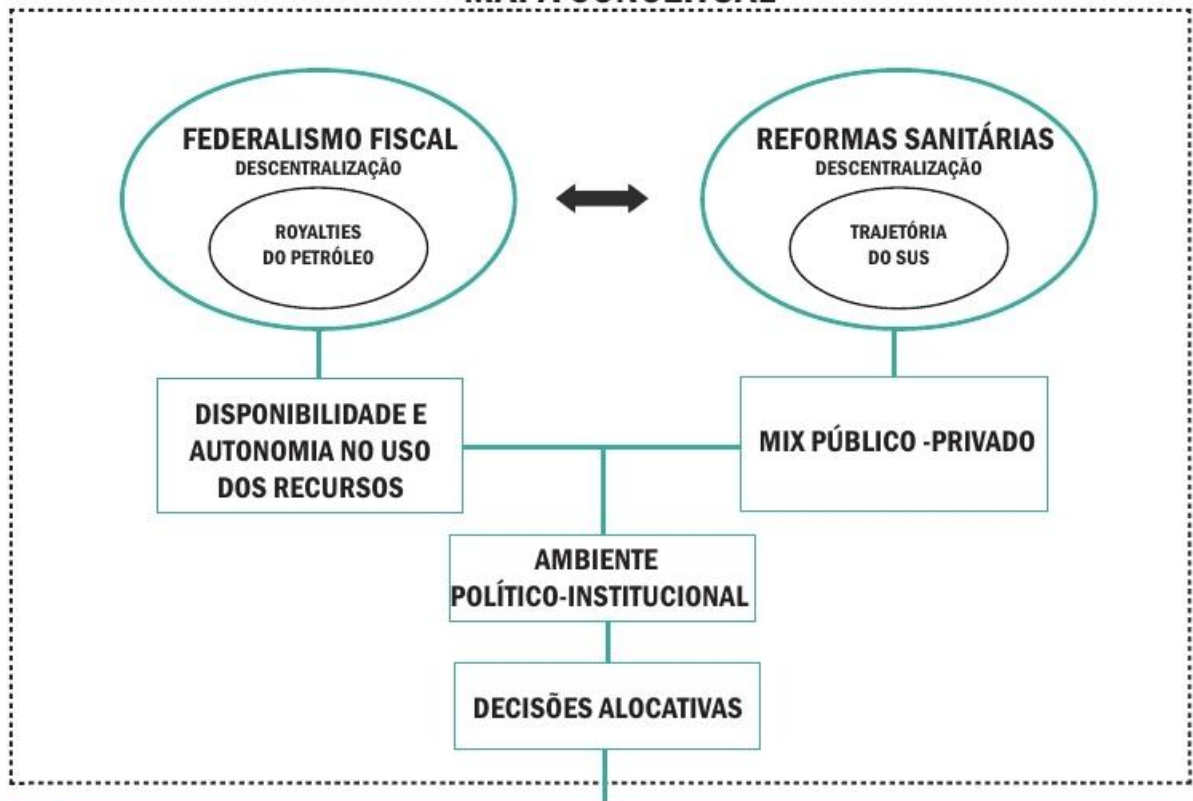
para o SUS local, especialmente em relação à universalidade do acesso e à integralidade da atenção. Os resultados constatam que o fortalecimento da dependência de trajetória do modelo anterior ao SUS - tanto no sentido da manutenção do predomínio absoluto do setor privado na provisão dos serviços, quanto no que se refere ao papel do Estado (município) como financiador dessa manutenção e de sua expansão - trouxe consequências negativas para a universalidade do acesso, para a integralidade da atenção e, ainda, para a equidade na utilização dos serviços de saúde.

Em síntese, os resultados lograram confirmar a hipótese do trabalho, a qual partia do pressuposto de que a descentralização das políticas de saúde no município - possibilitada pelos fatores elencados - produziu um arranjo político-institucional não desejado, o qual acabou por preservar, no âmbito local, as características pré-SUS do sistema de saúde brasileiro, não logrando avanços na universalidade e na integralidade, objetivos primordiais do SUS. Ou seja, estruturação do sistema de saúde local se manteve inalterada durante todo o período definido para o estudo - 1999 a 2009 -, particularmente no que se refere à relação público-privada.

A terceira seção do último capítulo contextualiza alguns acontecimentos ocorridos após o ano de 2009, os quais, não obstante o espaço temporal, tem relação direta com as análises e investigações do período estudado, explicita a visão dos entrevistados acerca da mudança do modelo de gestão e serve de contexto para as conclusões e considerações finais, fechando o trabalho e deixando abertas algumas possibilidades de estudos futuros.

Sendo a temática desse estudo bastante atual, especialmente no contexto da publicação da Portaria 3992, de 28 de dezembro de 2017, a qual amplia a autonomia alocativa dos gestores municipais, o presente trabalho traz relevantes reflexões para o debate acerca das recentes políticas de saúde do governo central e dos incertos rumos que as mesmas eventualmente poderão dar às conquistas e à trajetória do Sistema Único de Saúde brasileiro.

## MAPA CONCEITUAL



P  
R  
E  
S  
S  
U  
P  
O  
S  
T  
O  
S

- Aumento expressivo e progressivo do financiamento público do sistema de saúde local, sustentado por verbas oriundas dos royalties pela exploração do petróleo, as quais tem o alto grau de autonomia do nível de governo municipal em sua alocação.
- A Lei municipal 6899/99 que autoriza a aplicação de royalties na área de saúde local.
- O Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), assinado em 2003, que delineou boa parte das "regras do jogo" (de soma positiva) que moldaram a lógica de ação dos atores.
- O repasse de subsídios, sob forma de convênios, aos prestadores privados, filantrópicos e sem fins lucrativos.
- A opção pelo fortalecimento da administração indireta da saúde, resultando na fragmentação da gestão do sistema de saúde local, o qual chegou a ter simultaneamente três secretários de saúde.
- A composição peculiar do Conselho Municipal de Saúde, com um "quinto poder" instituído.
- A suspensão do PSF (Programa Saúde da Família), marco na expansão da cobertura do SUS, a partir do ano de 2007



## **Capítulo 1 – A descentralização no âmbito do atual modelo federalista: interfaces com as políticas de saúde no Brasil**

*“Acreditamos que os arranjos institucionais resultantes das relações entre atores políticos são determinantes para compreender a configuração da oferta de serviços e os limites e desafios com que se depara o SUS, definido constitucionalmente pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade.” (Gerschman e Santos, 2006:177)*

A descentralização é uma temática de ampla abrangência e de complexa abordagem. Além de alcançar uma diversa gama de áreas disciplinares - tais como a ciência política, a sociologia, a economia, e a administração pública, dentre outras -, é ainda um processo de múltiplas causalidades, podendo ser estudado a partir de diversas dimensões. Aliada a esses fatores, sua importância deriva também da interface com outros temas igualmente abrangentes e complexos, tais como democracia e federalismo, por exemplo.

Especialmente quando consideradas suas interseções com essas duas outras temáticas, como será o caso desse trabalho, é possível perceber a descentralização como um processo (des)contínuo, passível de ser analisado ao longo de um determinado período de tempo. Nas palavras de Melo (1996), centralização e descentralização são extremos entre os quais existem diversas gradações, nas quais se enquadram os mais diversos sistemas e situações analisadas.

A descentralização é também um assunto polêmico, tanto pela natural falta de consenso a respeito de seus resultados, como por comportar interpretações ideológicas de suas aplicações, especialmente quando envolvidas as relações público-privadas, notadamente em relação ao papel do Estado na provisão de benefícios sociais. De um modo geral, há duas correntes de pensamento, nesse sentido: uma defende a descentralização para as demais instâncias federativas como uma forma de fortalecimento do processo democrático, entendendo que isso se traduz em maior eficácia no atendimento às demandas e necessidades

específicas locais; outra sustenta que, nos níveis subnacionais, as práticas clientelistas e a ineficiência gerencial levariam a um efeito diametralmente oposto àquele buscado pela descentralização.

Do ponto de vista conceitual, a descentralização pode ser abordada a partir de pelo menos quatro dimensões (Guimarães, 2000). Na dimensão jurídica, é considerada como sendo um mecanismo de transferência de poder e/ou de desconcentração de funções a entidades ou órgãos (Guimarães, 2000; Melo, 1996). De algum modo, essa dimensão perpassa todas as demais e está necessariamente presente em todos os conceitos que possam ser dados à descentralização.

Na dimensão administrativa ou econômica, a descentralização assume um caráter mais próximo aos preceitos mercadológicos, sendo vista como condição ou um instrumento para alcançar maior eficácia em determinado processo ou gestão, como mecanismo de eliminação de procedimentos burocráticos desnecessários para o alcance dos objetivos pré-determinados, ou como um facilitador na aproximação entre os consumidores e suas demandas. (Guimarães, 2000; Melo, 1996). Aplicada à gestão pública, essa aproximação dos “cidadãos” às suas necessidades teria ainda como objetivo a racionalização da utilização dos benefícios sociais disponíveis, além da conscientização de seus custos.

A dimensão social da descentralização, de acordo com a referida autora, seria a transferência de “parcelas de poder, competências e funções, segundo o caso, da administração pública para a sociedade civil (Guimarães,2000:50)”. As formas como isso se daria seriam várias, sendo uma das principais a criação de canais de participação da população nos processos de tomada de decisões ou mesmo através de mecanismos de controle social. Essa dimensão tem uma relação direta com o processo de redemocratização institucionalizado pela atual Constituição brasileira.

A dimensão política também explica em grande parte o significado atribuído à descentralização no contexto pós-ditadura no Brasil, na medida em que é uma estratégia justificada pela necessidade democratização do poder, de uma redefinição das práticas do Estado, passando pela ampliação da participação do cidadão nas diretrizes das demandas coletivas, resultando em um incentivo à democracia participativa (Melo, 1996).

As dimensões administrativa, social e política da descentralização, são tratadas por Guimarães (2000) como contidas no âmbito por ela denominado político-institucional. Como a dimensão política caminha em conjunto com a

dimensão social, assumiremos doravante, nesse trabalho, como sendo ambas de uma mesma perspectiva, a qual chamaremos de dimensão político-social. São essas as duas dimensões as quais terão maior ênfase no estudo do caso brasileiro e local.

Isso não significa, entretanto, que essa nova dimensão esteja descolada da dimensão administrativa, o que não seria sequer viável. Pelo contrário, essa última auxiliará em muito a compreensão tanto da dinâmica dos processos de Reforma ocorridos nos anos 80, no Brasil e no mundo, como também dará subsídio às análises decorrentes da pesquisa proposta neste trabalho.

A década de 80 foi um período no qual a descentralização tornou-se uma temática obrigatória no mundo inteiro, tanto nos países desenvolvidos, como nos periféricos (Almeida, 1996; Guimarães, 2000; Afonso, 2000; Ugá, 1997; Draibe, 1993 e 1997; Melo, 1996). Esses últimos autores apontam que a descentralização passou a expressar um consenso nesse período, sendo adotada como bandeira e princípio ordenador de reformas e reordenador das políticas sociais, tanto por governos conservadores quanto pelos social-democratas, embora o fizessem por motivos distintos.

A crise fiscal do Estado foi um dos principais fatores que deflagraram a onda de reformas liberais, característica daquele período, a qual teve amplo reflexo no campo da saúde, conforme será visto adiante. Diversos autores (Melo, 1996; Almeida, 1996; Afonso, 2000; Ugá, 1997; Souza, 2001) afirmam que o desgaste do padrão centralizador do setor público na década de 70, o enfraquecimento do poder regulatório dos estados nacionais e o fortalecimento do paradigma neoliberal foram outros elementos que deram suporte à onda neoliberal, cujas premissas eram a redução da presença do Estado na economia, a modernização gerencial do setor público, a busca da eficiência alocativa, a introdução de mecanismos de competição, dentre outras.

Melo (1996) e Afonso (2000) chamam atenção para o papel que a globalização e a internacionalização da economia possam ter tido nesse processo, que acabou por se tornar hegemônico, tendo para isso instituições multilaterais como o FMI e o Banco Mundial como importantes instrumentos. Especialmente nos países periféricos, o receituário liberal implementado através desses órgãos internacionais tem sido apontado como uma das razões que sustentaram as

pressões por mudanças institucionais e nos modelos de políticas sociais (Affonso 2000, Carvalho, 1999).

Na América Latina, no entanto, essa onda hegemônica neoliberal somou-se aos movimentos de redemocratização, amplificando a força do discurso descentralizador. Noutras palavras, nessa região, às características econômicas ou administrativas da descentralização somaram-se os efeitos da sua dimensão político-social, o que trouxe importantes experiências acerca das interfaces e dos efeitos da associação entre descentralização e democracia, e/ou entre descentralização e federalismo.

Souza (2001:5) diz que distintos resultados foram produzidos por essas diferentes experiências, resultantes do que a autora chamou de “a “terceira onda” de democratização que tomou conta da América Latina e do Leste Europeu nos anos 80”. Nesse sentido, a redemocratização, a descentralização e as novas Constituições alteraram o arcabouço político-institucional de muitas dessas federações, aí incluída a brasileira.

Esse contexto traz também algumas reflexões acerca das particularidades do federalismo brasileiro. Uma delas é o fato de que o federalismo brasileiro não teria se formado a partir de uma dicotomia entre centralização x descentralização, mas “de um *continuum*, que saiu de um federalismo “isolado” dos primeiros anos republicanos para a centralização nos regimes autoritários até chegar à sua atual configuração” (Souza, 2001:11). Considera como “isolado” o período entre a primeira Constituição, em 1891, e a Constituição de 1934, no sentido de não ter existido, até então, canais consolidados de ligação entre as esferas federativas – quadro esse que, na sua perspectiva, começou a ser alterado no início dos anos 30.

Abrucio (2014) concorda com essa premissa, considerando que a era Vargas, apesar de centralizadora, criou uma estrutura de representação dos estados menores no Congresso Nacional, a qual se tornou paradigmática no federalismo brasileiro, vindo a ser aprimorada ao longo do tempo. É muito interessante notar que Draibe (1993) considera a mesma década de 30 também como o marco inicial da constituição do “welfare state” no Brasil. Essa autora entende o período de 1930 a 1943 como a etapa de introdução dos principais mecanismos do sistema de proteção social brasileiro, representados pela criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões e pelo avanço da legislação trabalhista, por exemplo.

Draibe (op.cit) destaca, contudo, que a construção do *welfare state* brasileiro não teria sido um movimento linear, como Souza (op.cit) defende ter sido a trajetória do federalismo brasileiro, embora também não possa ser visto como resultado de uma dicotomia entre os períodos de maior ou menor centralização ou descentralização da federação brasileira. Noutras palavras, diz a autora que o avanço institucional e/ou a expansão efetiva do nosso *welfare state* não aconteceu apenas nos períodos de democracia.

Sustenta, por exemplo, que as duas principais fases nas quais teria havido maior avanço nas legislações fundamentais do sistema de proteção social brasileiro aconteceram nos períodos autoritários – de grande centralização, portanto. Essa segunda fase aconteceu, de acordo com a mesma, entre os anos de 1964 e 1977.

Nesse período, os governos militares promoveram mudanças institucionais a partir das quais foram definidos os princípios norteadores, as fontes de financiamento e as regras de inclusão e exclusão que viriam a marcar definitivamente os esquemas das políticas sociais no Brasil (Draibe, op.cit). A esse contexto Souza (op.cit) acrescenta a importância da reforma fiscal instituída em 1966, véspera da promulgação da Constituição de 1967, destacando o fato de os governos subnacionais terem continuado a ter papel importante naquele cenário, apesar de os recursos estarem e continuarem centralizados na esfera federal.

Por outro lado, o período intermediário de 1946 a 1964 foi marcado pela ampliação das transferências de recursos para os municípios, apesar de Souza (op.cit) considerar a Constituição de 1946 ao mesmo tempo centralizadora e localista. Abrúcio (op.cit) explica que o contexto da Constituição de 1946 teve como característica, por um lado, a continuidade do projeto nacional desenvolvimentista, obviamente liderado pela União, e, por outro, o fortalecimento do poder dos políticos locais, especialmente os governadores de Estado.

No que se refere ao *welfare state*, nessa etapa democrática intermediária verificou-se uma grande expansão das políticas sociais no Brasil, não obstante as mesmas terem sido fragmentadas, heterogêneas e seletivas. Draibe (op.it) concorda de alguma maneira com Souza (op.cit) e Abrucio (op.cit), ao destacar que tal expansão – que ela chamou de “massiva” – foi representada pela incorporação de novos grupos sociais na estrutura de proteção estatal, e se deu com base no arcabouço legal produzido no período autoritário anterior e apesar do avanço da centralização institucional nesse período democrático.

Reiterando a desvinculação entre a dinâmica da evolução do *welfare state* no Brasil e as alternâncias dos modelos federalistas, Draibe (op.it) afirma que o segundo período de expansão “massiva” do *welfare state* brasileiro, ao contrário, se deu ainda sob a ditadura, embora também com base nos parâmetros legais e institucionais precedentes. A autora destaca que, apesar do governo centralizador, na segunda metade da década de 70 houve uma tendência de homogeneização de benefícios e de direitos, citando como exemplos a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) - no caso seguridade social – e, no da educação, a extensão da obrigatoriedade de oito anos para a educação básica.

Draibe (op.cit) explica que os critérios por ela utilizados para definir esses períodos são heterogêneos e simbólicos, sendo, portanto, flexíveis em relação aos seus extremos, no que se refere às etapas de consolidação da legislação e as de expansão dos benefícios. Todavia, em que pese os parâmetros considerados como cortes mais gerais terem sido as mudanças no regime político, ou seja, os anos 1930, 1964 e 1985, a alternância dessas etapas não coincide necessariamente com as alternâncias dos períodos de centralização ou descentralização.

Dito de outro modo, ainda que seja considerada uma elasticidade nos parâmetros escolhidos pela autora, a cronologia desses períodos de desenvolvimento do *welfare state* no Brasil mostra a sua não linearidade, argumentada pela autora, ao mesmo tempo em que sugere a desvinculação entre a expansão e/ou a provisão dos benefícios sociais no Brasil e uma qualquer eventual incompatibilidade com a centralização. Essa temática estará, implícita ou explicitamente, abordada ao longo desse trabalho.

Colocando numa perspectiva mais ampla, o que essas páginas iniciais pretendem evidenciar é a complexidade de se considerar automática a vinculação entre descentralização e democracia, ou entre democracia e expansão de direitos, proposta tão cara à gênese do atual desenho federalista brasileiro. Seja como for, para além dos indícios de esgotamento do modelo centralizador e da crise de financiamento e da quase falência do *welfare state*, que caracterizaram mundialmente o fim da década de 70, a premissa da relação direta entre descentralização e democracia veio a influenciar toda a dinâmica político-institucional brasileira, a partir dos anos 80, com reflexos inclusive no campo da saúde, como veremos logo adiante.



Há indiscutível consenso acerca da especificidade do formato federalista brasileiro, ainda que sejam inevitáveis os conflitos sobre o que a motivou. De acordo com Affonso (2000), o processo de descentralização no Brasil, na década de 80, teve duas características específicas e importantes: primeiro, não se deu prioritariamente a partir de uma iniciativa do governo federal, mas por pressão dos entes federativos locais e dos movimentos políticos e sociais.

Além disso, a descentralização no Brasil teve início muito antes da crise fiscal, a qual motivou e deflagrou a maior parte dos demais processos de descentralização no mundo naquele referido período, inclusive na América Latina. Mesmo em relação aos problemas de governabilidade, comum nos países latinos, a especificidade do processo descentralizador brasileiro se mantém.

Destaca o autor que, por aqui, os problemas dessa natureza foram “deflagrados pela hiperinflação, e não por ações da guerrilha, por exemplo, como no caso da Colômbia e Venezuela” (Afonso, 2000:133). No primeiro caso, o governo federal considerava a descentralização como um potencializador do problema. Nos últimos, ao contrário do Brasil, o governo central entendia as ações do nível local como parte da solução do problema.

A segunda característica destacada por Affonso (op. cit) é o fato de a formatação do atual modelo federalista brasileiro ter sido marcado por um “timing” específico entre o processo de descentralização e o de redemocratização. Argumenta o autor, com propriedade, que quando a descentralização efetivamente foi institucionalizada, através da Constituição de 1988, o processo de abertura política já havia caminhado quase uma década, com as eleições diretas para prefeitos e governadores, no início dos anos 80.

Nessa mesma direção, Arretche (2000) considera a descentralização brasileira como um resultado da disputa de poder das elites políticas locais; e Souza (2001:23) enfatiza que o federalismo brasileiro, enquanto mecanismo de distribuição de poder, é mais um instrumento de acomodação de conflitos do que de harmonização dos entes federativos, “uma ideologia, baseado em valores e interesses, (mais) do que um compromisso baseado em arranjos legais ou territoriais ou em propósitos democráticos”.

Dito de outro modo, o processo de descentralização no Brasil foi feito sob a pressão dos entes federativos subnacionais (Souza, op.cit; Melo, 2005; Arretche, 1996), fortalecidos pela legitimidade das primeiras eleições depois de um longo

período de ditadura militar<sup>1</sup>, numa etapa posterior às mesmas e, ainda, sem a coordenação do governo central. Nesse contexto, a correlação direta entre democracia e descentralização tornou-se uma premissa central que viria a nortear o desenvolvimento do atual federalismo brasileiro, ainda que muitas vezes através de intensos conflitos e grandes contradições, evidenciados muito claramente no campo da saúde.

A literatura mostra que, de um modo geral, a descentralização é associada à democracia em pelo menos duas perspectivas: na suposição de o poder local ser mais democrático; e na crença de que essa seria a melhor forma (para alguns mais radicais, a única) de promover maior eficácia e eficiência na provisão dos benefícios sociais. Ambas as perspectivas estão baseadas na premissa de que a proximidade do governo local com os cidadãos - ou entre governantes e governados - seria o vetor ou o instrumento principal para o sucesso dessa associação.

Vários pressupostos são elencados nesse sentido, estando dentre os principais a capacidade desses cidadãos exercerem com efetividade o controle social, através dos mecanismos e das instituições que tenham como finalidade desde participar da formulação das políticas locais – direcionando-as às suas demandas – até o papel de fiscalizar a implementação das mesmas.

São vários os autores que, entretanto, não consideram tão simples – ou, pelo menos, não tão diretas - essas vinculações. Arretche (1996;2010), Melo (1996), Paim (1991), Prado et all (2003) e Draibe (1993), dentre outros, discordam que associação automática entre descentralização e democracia garanta resultados satisfatórios. Para esses autores, em primeiro lugar, as democracias não são (e não tem que ser) necessariamente descentralizadas. Do mesmo modo, a recíproca é verdadeira, ou seja, nem todo modelo federativo centralizado é automaticamente autoritário ou perverso.

Afirmam, de diversas maneiras, mas com a mesma contundência, que a descentralização não significa necessariamente predominância do alcance do interesse público e/ou a expansão dos benefícios. Pelo contrário, muitas vezes, processos descentralizados acabam se tornando oportunidade para arbitrariedades ou comportamentos políticos autoritários (Draibe, op.cit), podendo o poder local ser

---

<sup>1</sup>Fiori (1995) classifica o federalismo brasileiro como sendo do tipo “pragmático” ou “reativo”, em razão de ter sido motivado por uma reação ao autoritarismo característico dos países latinos, e diferente do federalismo do tipo “progressivo” ou “construtivo”, o qual é construído “de cima para baixo” e em torno de um polo central, cujo modelo paradigmático é o da República alemã.

tão despótico como qualquer outro (Paim op.cit). Nessa mesma direção, Arretche (1996:48) diz, com propriedade, que “deslocar recursos do “centro” para subsistemas mais autônomos pode evitar a dominação pelo “centro”, mas pode permitir essa dominação no interior desse subsistema”.

Uma das autoras com maior número de trabalhos acerca das relações entre democracia e descentralização, Arretche (1996, 1999, 2004,2010) elege algumas linhas de argumentação para que mostrar que a associação automática entre ambas não se sustenta nem do ponto de vista da lógica das justificativas de seus defensores, nem propriamente nos resultados empíricos. Uma dessas linhas busca desconstruir a crença de que a descentralização necessariamente reduziria “a apropriação privada dos bens e serviços públicos do Estado” (Arretche, 1996:45).

A autora argumenta que a diminuição ou a eliminação das práticas patrimonialistas e clientelistas dependeriam menos do nível de governo e muito mais da capacidade de os cidadãos controlarem e fiscalizarem as ações do poder público. Com efeito, esse é um ponto crítico a ser observado, especialmente no atual formato federativo brasileiro, na medida em que boa parte do sucesso do modelo descentralizador que o caracteriza é condicionado à suposta eficácia do controle social, através da participação popular nesse processo, garantida por norma constitucional e viabilizada pelas instâncias representativas nos respectivos entes subnacionais.

Os adeptos da descentralização sustentam que a institucionalização de instâncias de participação popular nos processos de formulação, implementação e fiscalização da execução das políticas públicas seria um mecanismo suficientemente eficaz para essas finalidades. Essa premissa não se verifica, por exemplo, na literatura acerca da experiência dos Conselhos Municipais de Saúde brasileiros. Os resultados de uma boa quantidade de estudos realizados nessa área são convergentes no sentido de não corroborarem com a eficácia dos Conselhos na sua participação efetiva na formulação das políticas locais, nem tampouco na fiscalização das ações e dos programas de saúde.

Dentre os fatores que mais justificariam esses resultados, três se destacam: um seria a falta de cultura política e de participação cívica da população - em boa parte influenciada e explicada pelos governos autoritários anteriores. Draibe (1996) lembra que a participação coletiva voluntária nos processos de formulação e implementação das políticas sociais nunca foi uma característica forte na América

Latina e, em que pese a força de alguns movimentos comunitários a partir dos anos 70 – como a Reforma Sanitária brasileira, por exemplo -, esses movimentos não foram suficientes para ampliar e consolidar a participação cidadã no Brasil (Arretche,1996).

O segundo fator muito presente em todos os estudos foi a falta de capacitação dos Conselheiros para o exercício de sua função – aqui tanto no sentido do conhecimento formal – nível de instrução e domínio da legislação - quanto no da experiência em lidar com essas arenas de conflito. De algum modo vinculado à primeira causa, notou-se uma relativa “desvantagem” dos representantes dos usuários, em relação aos demais segmentos, nos quais os representantes tinham maior nível de escolaridade e/ou vivência prática política, por terem participado em algum momento de sindicatos, associações de classe, etc.

O terceiro fator a ser destacado tem relação ainda mais direta com o aspecto do poder local. Trata-se, por um lado, do fato de, na maioria dos Conselhos, o processo decisório ser controlado pelo Executivo local – especialmente através da manutenção vitalícia do secretário de saúde local como presidente dos Conselhos de saúde e/ou no controle da agenda. E por outro, da força dos prestadores de serviços – leia-se, do setor privado – na formulação da agenda desses Conselhos, muitas vezes em comunhão de interesses entre ambos.

Dito de outra maneira, a correlação de forças entre o segmento dos usuários e os demais segmentos não é equilibrada, em desfavor dos usuários, apesar da paridade numérica formação exigida por lei. Draibe (1993) considera que no período democrático e descentralizador mais recente, o clientelismo se acentuou como importante recurso de poder para governos, partidos e personalidades, diferente dos períodos anteriores no qual era operacionalizado na forma de política de favores. Ou seja, apenas formas diferentes para um mesmo conteúdo, o qual permanece como forte característica da sociedade brasileira.

Esses três aspectos serão abordados, com detalhes, no Capítulo 3 desse trabalho. De todo modo, as experiências nos Conselhos de saúde mostram a baixa capacidade desses conselhos de interferir na formulação de políticas e de exercer seu papel de controle e fiscalização das ações. Arretche (2003:340) sintetiza bem esse contexto ao dizer que a possibilidade de controle dos Conselheiros sobre o governo “depende da disposição dos próprios governos de serem controlados”.

Isso não significa, contudo, que a implantação dos Conselhos como instâncias de legitimação da participação popular não tenha representado um grande avanço no processo democrático brasileiro. Como disse Arretche (1996), só o fato dessas instâncias não poderem ser extintas já é por si só um grande avanço. Trata-se apenas de constatar que essas instâncias estão ainda em um natural processo de amadurecimento institucional, do qual fazem parte os resquícios autoritários dos nossos governantes e das arraigadas práticas clientelistas, ainda muito presentes em nossa dinâmica política.

Não obstante, não há nenhum dado empírico que sustente o discurso dos defensores da descentralização, no que se refere à proximidade entre governantes e governados – e entre governados e os prestadores privados – ser um condicionante para a maior eficácia do controle social. Não é possível desconsiderar a força do governo e do setor privado e o uso de estratégias de cooptação dos usuários, como aconteceu, por exemplo, no caso Conselho de saúde local, conforme mostrará o presente estudo.

Em suma, não há nenhuma garantia que a descentralização para o nível local promova maior alcance dos propósitos democráticos e, conseqüentemente, priorize os interesses da população (Arretche, 1996, 2003), Melo (1996), Souza (op.cit).

Por fim, outro aspecto muito relevante de ser mencionado acerca do processo descentralizador brasileiro é ao alto grau de autonomia dos governos subnacionais, particularmente os municípios. Diversos autores (Arretche, 2010; Melo, 1996), dentre outros, afirmam que o modo como se estruturam as relações entre o governo central e os entes federativos locais é um aspecto crucial para entender e avaliar a maior ou menor adequação dos modelos federativos vigentes aos propósitos pretendidos pelas respectivas nações. Também nesse sentido as peculiaridades do modelo brasileiro se destacam.

Ironicamente, boa parte da força da estratégia descentralizadora no Brasil se deve ao encontro dos propósitos conservadores dos organismos multilaterais com os dos reformistas brasileiros. Embora com interesses distintos, a incomum convergência dos pensamentos da esquerda e da direita acerca da descentralização resultou naquilo que Melo (1996:15) chamou de “cultura política fortemente municipalista da década de 80”.

Sob a premissa de que a autonomia do nível local era uma expressão, ao mesmo tempo, da democracia e da eficiência, os governos municipais ganharam

nesse novo modelo federativo um grau de soberania que fez do nosso federalismo um dos mais descentralizados do mundo (Prado et al., 2003; Melo, 1996; Arretche, 1996, 2010). Abrucio afirma que só na Bélgica e na Índia o poder local tem *status* semelhante ao da Federação brasileira, a qual foi originalmente instituída, pela Constituição de 1988, com três entes - União, estados e municípios.

De novo, Melo (1996), Paim (1991), Draibe (1999) e Arretche (1996; 2010) contestam a eficácia desse modelo descentralizador tão extremo, e criticam fortemente o alto grau de autonomia dos entes federativos subnacionais. Primeiro, porque a grande heterogeneidade dos municípios, aliada às históricas desigualdades regionais no Brasil seriam características que, por si só, já seriam capazes de por em dúvida a adoção incontestável da descentralização.

Prado et al. (op.cit: 292) apontam que a descentralização, como modelo, “não é favorável à implementação de políticas de escopo nacional, as quais mesmo os seus adeptos mais fervorosos admitem serem necessárias”. Argumentam ainda esses autores que o grande número de municípios, com alto grau de autonomia - baseada em transferências com critérios muito generalizados -, somada à mencionada fragilidade dos mecanismos de controle social no nível local - levaria a um efeito inverso ao supostamente desejado pela descentralização, ou seja, o não atendimento às necessidades e às demandas locais. Por consequência, defendem que a existência de determinadas vinculações e contrapartidas nas transferências de recursos seria um mecanismo importante e necessário ao provimento adequado dos benefícios públicos, à eficácia alocativa e à consequente redução das desigualdades sociais.

Ocorre, no entanto, que as vinculações e contrapartidas implicam, de alguma maneira, em restrição à autonomia dos entes subnacionais, valor central no atual modelo federativo brasileiro, como foi dito. É a partir dessa premissa que Prado et al. (2003) aponta uma suposta contradição presente no modelo descentralizador no Brasil, na medida em que, sendo a operacionalização da mesma feita predominantemente com transferências orçamentárias regulares do governo central, essa realidade levaria a um dilema fundamental à manutenção da própria descentralização: a suposta antítese transferências vinculadas versus autonomia. É esse um ponto crucial na temática desse trabalho, presente desde o seu título, o

qual será abordado ao longo do mesmo, mas de forma mais pormenorizada na segunda seção desse capítulo<sup>2</sup>.

Em síntese, embora a literatura aponte não haver incompatibilidade entre a descentralização das políticas e a centralização da autoridade, mesmo em modelos federativos (Arretche 1996, 2010), a questão que se coloca é sob que condições a descentralização pode produzir resultados satisfatórios, em termos de qualidade, tanto da governança como da efetividade do gasto no nível local (IDB, 1994 apud Melo, 1996). O problema está na dificuldade de se verificar esses fatores condicionantes.

Melo (1996:14) aponta um conjunto de efeitos não antecipados e perversos da descentralização, elencados na literatura não apenas para o caso de países do Terceiro Mundo, mas também do Primeiro. Finalizamos essa introdução mencionando os principais deles, todos centrais para as reflexões propostas por esse estudo:

- i. burocracias locais de baixa qualificação - os efeitos da descentralização seriam perversos à medida que as burocracias locais não têm capacidade institucional de prover adequadamente bens e serviços sociais;
- ii. transferência de receitas públicas sem responsabilidades de geração de receitas, o que rompe o vínculo entre o benefício (representado pela disponibilidade de recursos para gasto) e o custo (o ônus político e administrativo de gerar receita);
- iii. perda de capacidade regulatória e de formulação de políticas por parte do governo central pelo desmonte de estruturas setoriais centralizadas e relativamente insuladas da competição política;
- iv. descentralização fiscal com transferência de impostos importantes para o nível dos estados e províncias, o que minou a capacidade do Governo central de levar a cabo políticas de estabilização e reformas fiscais;

---

<sup>2</sup>Também no campo da saúde, aquilo que Arretche (2010) chamou de “o paradoxal processo de descentralização brasileiro” teve como característica o acúmulo de poder do governo central, na medida em que o Ministério da Saúde editava as normativas que parametrizavam esse processo, reproduzindo essa dicotomia autonomia x regulação, a qual até hoje é objeto de debates e controvérsias no SUS, afloradas inclusive pela recente publicação da Portaria 3392 de 28/12/2017.

- v. porosidade do governo local em relação às elites locais e provinciais, acarretando maior corrupção e clientelismo e aumentando o risco de captura do Estado pelas mesmas;
- vi. fragmentação institucional - proliferação de municipalidades ou entes administrativos no âmbito local.



### 1.1 – O contexto da gênese do SUS: entre as reformas liberais hegemônicas e as dependências de trajetória do sistema de saúde brasileiro

A década de 80 e seu entorno foi um período marcante no campo da saúde, no Brasil e no mundo. A onda descentralizadora foi protagonista nas reformas que alcançaram os sistemas de saúde de todos os matizes ideológicos, nos países desenvolvidos e nos em desenvolvimento. Embora os efeitos tenham sido diversos em cada um deles, alguns aspectos comuns foram determinantes para esse fenômeno ter se tornado universal. Um foi a explosão dos custos da assistência médica em geral, fruto principalmente da incorporação tecnológica, incrementada a partir do pós- II Guerra, seguida da evolução geométrica das despesas com a saúde.

De acordo com Almeida (1997), dados da OECD Data Health (2001) mostravam que, na década de 70, os gastos com serviços médicos absorveram, em média, 7,5% do PIB dos países, fossem os seus sistemas predominantemente públicos ou privados. Nos EUA, um sistema majoritariamente privado, o gasto total em saúde em relação ao PIB pulou de 5,6 %, em 1965, para 13%, em 1995; na Suécia e no Reino Unido, sistemas majoritariamente públicos, no mesmo período, esse gasto teria passado de 4,5% para 8,7 % e de 3,9% para 5,9%, respectivamente.

Outro fenômeno verificado também nos sistemas de saúde de diferentes filosofias e bases de financiamento foi o fato de os mesmos terem sido todos estruturados sob o modelo assistencial “hospitalocêntrico”, que passou a caracterizar a segunda metade do século passado. A transferência da prática médica para o âmbito hospitalar levou ao surgimento de grandes corporações na área da saúde (Almeida, op.cit), sendo um segundo fator mais geral que incentivou as reformas estruturais dos sistemas de saúde, fortalecendo a estratégia descentralizadora nos anos 80.

Aliado à mencionada crise fiscal do Estado, na década de 70, a qual desencadeou ferrenha crítica ao *welfare state*, esses fatores serviram como justificativas para os argumentos reformistas os quais argumentavam que a escassez de recursos públicos, especialmente frente ao referido aumento nos custos da assistência médica, não permitia a manutenção dos padrões anteriores de gasto sanitário, questionando, por consequência, as bases e premissas sobre as quais os mesmos se sustentavam .

Nesse contexto, as chamadas reformas sanitárias dos anos 80 promoveram uma importante reestruturação na lógica de estruturação dos serviços de saúde em todo o mundo, tendo como características principais a orientação para práticas típicas do mercado. Esse movimento setorial aconteceu no âmbito da hegemonia do pensamento neoliberal no mundo, e tinha por premissa inegociável o questionamento da participação estatal no financiamento das políticas sociais, nela incluídos os serviços de saúde, particularmente a assistência médica. (Almeida, 1997; Ugá, 1997).

A ênfase das reformas era a descentralização para os níveis subnacionais e para o setor privado (Almeida, 1996). De acordo com os defensores da reforma, essas necessidades se faziam imperativas para a sobrevivência dos sistemas de saúde, principalmente os públicos. Nesse sentido, defendiam a utilização de subsídios e incentivos - tanto pelo lado da oferta quanto pelo da demanda-, visando à reestruturação do mix público e privado, com o propósito de desonerar o Estado (Almeida, 1997b).

Pelo lado da oferta, as propostas tinham de algum modo o objetivo de restringir o volume e alterar a composição do financiamento dos sistemas públicos de saúde, retirando do Estado o papel de único ou principal financiador da assistência médica. Para isso, algumas das estratégias principais utilizadas foram:

- i. Reduções na cobertura das prestações - diminuição ou corte dos subsídios e serviços usualmente garantidos aos cidadãos, definidos segundo os mais variados critérios (limite de idade, por ex.);
- ii. Mudanças na forma de pagamento dos prestadores (sobretudo privados) - substituição de formas de pagamento por unidade de serviço e/ou por diárias hospitalares por outras vinculadas ao

- pagamento e cumprimento de metas avaliadas segundo indicadores de resultados;
- iii. Mudanças nas formas de transferência de recurso financeiro do nível central às unidades executoras - estabelecimento de critérios de repasse que levam em consideração diversos indicadores populacionais e novas formas gerenciais, além da introdução de mecanismos competitivos pelos fundos públicos;
  - iv. Implantação de mecanismos de controle orçamentário - implementação de orçamentos globais e vinculação do crescimento do gasto sanitário ao crescimento do PIB;
  - v. Criação de alternativas à assistência hospitalar – incentivo à assistência ambulatorial e ao cuidado domiciliar, reduzindo o custo por internação;
  - vi. Normatização, padronização e monitoramento da prática médica - buscavam estabelecer padrões de prática médica e do processo de atendimento, para comparar e avaliar os procedimentos;
  - vii. Regulação da capacidade instalada – através da acreditação de serviços, limitação de prestadores - profissionais e estabelecimentos - e restrições à incorporação tecnológica.

Muitas dessas prerrogativas foram adotadas e implementadas pelo SUS, na década de 90, direta ou indiretamente. Algumas delas foram objeto de muitas críticas, sobretudo pelos que formavam a corrente derivada do movimento sanitário brasileiro. Muitos desses sanitaristas – não apenas esses, claro – classificaram como (neo)liberais boa parte das normas operacionais do SUS, principalmente a primeira (NOB/91), editada no governo Collor.

Grande parte da insatisfação dessa corrente com as NOBs tinha relação com a implantação de mecanismos de controle orçamentário e, também, com as formas de transferências de recursos do nível central. No primeiro caso, a necessidade de aumento do gasto em saúde confrontava as políticas restritivas e de contenção, além de que havia toda uma incerteza acerca das fontes do financiamento setorial. No segundo aspecto, os questionamentos foram ainda mais intensos, em razão da

vinculação dos repasses ao cumprimento de exigências e contrapartidas como condição para recebê-los<sup>3</sup>.

Por outro lado, uma das recomendações liberais não contrariou os reformistas brasileiros. Mais que isso, foi ao encontro dos seus anseios, ainda que por motivos distintos e mesmo antagonicos. O propósito de diminuir o foco da assistência médica no modelo hospitalocêntrico, de forte incorporação tecnológica e alto custo, dando ênfase às práticas extra-hospitalares (atenção ambulatorial, atendimento domiciliar, privilegiamento da atenção primária) e de saúde pública, foi o ponto de convergência entre perspectiva econômica da descentralização - lógica dos liberais – e sua perspectiva político-social da mesma – lógica dos sanitaristas.

Noutras palavras, a descentralização foi a estratégia defendida e adotada como forma de alcançar objetivos antagonicos: por um lado, o propósito dos liberais, de redução dos gastos dos sistemas de saúde através da contenção da demanda; e por outro, o objetivo dos reformistas brasileiros de expandir e universalizar o acesso aos serviços de saúde.

Dizem com propriedade Levcovitz, Lima e Machado (2001:270) que "a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as ideias neoliberais fortalecidas nos anos 90". Mas são de Gershman e Santos (2006:186), as palavras que melhor sintetizam essa incomum convergência de interesses de correntes ideológicas opostas:

*“O “novo universalismo” propõe prioridade na atenção básica e o fortalecimento da iniciativa privada no mesmo pacote. Essas propostas simultaneamente contemplam discursos históricos do Movimento Sanitário, vão ao encontro de interesses do empresariado nacional e internacional da saúde, ao propiciar a expansão do mercado privado, e atendem às elites políticas subnacionais, que vislumbraram na universalização do atendimento e no SUS formas de garantir o financiamento setorial da saúde para seus colégios eleitorais”.*

---

<sup>3</sup> Os repasses do governo central, através do Ministério da Saúde, estavam condicionados à adesão dos municípios (e estados) aos critérios de habilitação definidos pelas Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB/SUS), as quais tinham o propósito mais geral de normatizar o processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro – essas temáticas serão tratadas na seção seguinte. A objeção nesse sentido derivava do suposto excesso de vinculações e fragmentações desses repasses, o que afetaria diretamente a autonomia alocativa dos recursos pelos entes subnacionais, valor central e quase inegociável para esses sanitaristas.

As críticas dessas autoras tem um sentido mais abrangente, o qual poderá ser compreendido ao longo desse trabalho, e tem respaldo na ainda forte presença do setor privado no SUS. De algum modo, é possível dizer que a ampliação do acesso aos cuidados, via expansão da atenção básica, tenha proporcionado a ampliação dessa demanda, explorada pelo setor privado e de algum modo, ainda que indiretamente, financiado pelo próprio Estado.

Voltando à questão das propostas que visavam simultaneamente restringir o volume e alterar a composição do financiamento dos sistemas públicos de saúde, além das estratégias de ação sobre a oferta, os defensores da reforma advogavam a adoção de medidas que pudessem ter efeito também sobre a demanda por serviços. São três as estratégias que passaram a ser mais utilizadas nesse sentido:

- i. Recuperação de custos e co-pagamento - cobrança ao usuário de uma parte dos custos da assistência, na forma de taxas específicas a serem pagas no momento da utilização dos serviços, ou ainda como a parte não reembolsada pelo plano de seguro. Em geral são diferenciados por nível de renda e por tipo de prestação.
- ii. Fixação de prazos de carência e restrição a determinadas patologias crônicas - consiste na fixação de períodos de tempo durante os quais os usuários adstritos a determinado sistema de seguridade social ou planos/seguro de saúde não podem ter acesso aos serviços previstos.
- iii. Isenções de impostos - desconto integral dos prêmios de seguro privado pagos, dos tickets e dos co-pagamentos no cálculo do imposto a pagar.

No que se refere especificamente à participação financeira do usuário na utilização dos serviços (co-pagamento), essa foi uma das principais reivindicações dos reformistas liberais. Tal mecanismo passou a ser amplamente utilizado, tanto nos sistemas de saúde privados como nos públicos, nos países desenvolvidos e nos periféricos. Na sua proposta original, essa estratégia tinha como principal objetivo incentivar a consciência dos custos dos serviços pelo usuário, reduzindo a demanda e/ou contingenciando as utilizações supostamente desnecessárias.

Nesse sentido, diversos autores apontam que, na maior parte dos países do Terceiro Mundo em que foi implementada a participação do usuário no

financiamento dos serviços, houve um impacto negativo sobre a equidade do sistema, dada a dificuldade de implementar sistemas de isenções ou de preços diferenciados segundo a renda do usuário. Como diz Giovanella (1998:400), “na introdução de mecanismos de co-pagamento, o legislador defronta-se com um dilema: ou os valores são tão baixos que não influenciam nos dispêndios do sistema ou, no caso de serem capazes de produzir contenção de gastos, são tão altos que provocam repercussões sociais<sup>4</sup>.”

Ainda de acordo com essa autora, tanto em países ricos como nos pobres, experiências com a participação do usuário nos custos dos serviços (co-pagamento), mostraram haver quase na totalidade dos casos um importante impacto no orçamento familiar, principalmente nos grupos de menor renda, por menor que seja o valor cobrado. A baixa suportabilidade social e alta regressividade do pagamento direto é amplamente reconhecida, inclusive pelos próprios defensores do co-pagamento (Giovanella, op.cit e Ugá, 1997).

O destaque a esse aspecto da participação do usuário no financiamento do sistema de saúde, tanto quanto ao problema da regressividade da cobrança e do impacto familiar do desembolso direto, é justificado pela enorme relevância dessa temática na análise da configuração do ambiente político-institucional do sistema de saúde local. Isso porque no município estudado houve a institucionalização do que

---

<sup>4</sup> Nos países mais pobres o co-pagamento teve também o propósito de agregar receita extra ao financiamento do respectivo sistema de saúde. Na década de 90, auge dessas prescrições neoliberais, o volume arrecadado com esse mecanismo foi de 3%, em média, da receita bruta do respectivo sistema de saúde desses países. Em contrapartida a esse pequeno aporte de receita, nos países de baixa renda per capita observou-se uma elevada queda no número de consultas ambulatoriais (Ugá, 1997). No Quênia, por exemplo, houve uma queda de 37% nas consultas ambulatoriais para um incremento de apenas 2,1% nas receitas setoriais. Em Lesoto, registraram-se quedas de até 51% no número de atendimentos por ocasião do aumento dessas tarifas, em 1988. No ano anterior, as receitas com a participação do usuário nesse país representaram apenas 5,8% da receita setorial, em casos como o de Gana, a queda na utilização foi tão acentuada que representou também uma redução da receita. (Ugá,op.cit). No Brasil,um estudo do IPEA, na década de 80, estimou que a receita bruta que poderia ser então gerada em todo o país com a implementação desse mecanismo variaria entre US\$ 217 milhões - considerando isenção a pessoas com renda inferior a três salários mínimos - e US\$ 371 milhões, nesse caso considerando a isenção apenas para a hospitalização, de usuários com até dois salários mínimos de renda (IPEA/IPLAN, 1981 apud Vianna, Piola& Reis, 1998). Para se ter uma idéia do que isso significava na época, essa quantia representava menos de 10% dos gastos previdenciários com assistência médica (Vianna, Piola& Reis, 1998). Esses mesmos autores ressaltam que o baixo nível de renda da população brasileira praticamente eliminaria a possibilidade de se obterem receitas expressivas com a utilização do co-pagamento. Além disso, considerando que, na década de 90, a hipótese de se cobrar a importância de R\$ 2,00 por consulta, seriam arrecadados aproximadamente R\$ 300 milhões por ano. Em termos relativos esse montante é desprezível, pois representaria, segundo esses autores, não mais que 2% da despesa total do Ministério da Saúde em 1996(Vianna, Piola& Reis, op.cit).

se convencionou chamar de “consulta social”, que é a cobrança por consultas especializadas e exames complementares pelos hospitais credenciados do SUS.

Esse fenômeno começou desde os primeiros anos do SUS local, acompanhando-o ao longo de toda a sua implantação. Independente do debate acerca de sua legalidade ou não, e para além da comprovação de sua alta regressividade e de seu conseqüente impacto na equidade do acesso aos serviços de saúde locais (Melo, 2004), sua institucionalização se dá, em definitivo, quando essa cobrança se torna justificativa para a renovação do convênio para repasse de verbas entre o poder público e os hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos, em 2007, conforme será explicitado a partir do Capítulo 2.

Não há dúvidas de que as reformas liberais que alcançaram os sistemas de saúde no mundo na década de 80 tiveram força para propor uma mudança dos paradigmas até então vigentes, questionando centralmente tanto a universalidade do acesso aos serviços de saúde quanto a sua base solidária de financiamento, prerrogativas fundamentais à manutenção dos sistemas de saúde, cujos preceitos e valores nortearam a implantação do SUS. (Almeida, 1997; Ugá 1997).

É também fato que tenham conseguido implementar boa parte de suas estratégias, muitas das quais estão hoje consolidadas nos sistemas de saúde no mundo, tais como a ênfase na gerência dos sistemas de saúde, a ênfase na eficiência (muitas vezes em detrimento da equidade), e a construção de mercados regulados ou gerenciados, com foco na utilização de mecanismos competitivos Almeida (1997); Ugá (1997); Immergut (1992).

Contudo, em que pese as críticas e as contradições, pode até ser dito que tenham havido alguns resultados positivos das reformas daquele período. Ainda que por objetivos financeiros, o apoio ao privilegiamento dos serviços sanitários de espectro coletivo e a ênfase nas estratégias preventivas teve o efeito de fazer repensar a lógica prioritariamente curativa e de forte incorporação tecnológica, até então quase hegemônica.

No Brasil, a ênfase na atenção básica, fortalecida pela convergência das diferentes ideologias, também obteve relativo sucesso. O Programa Saúde da Família, por exemplo, é considerada a principal conquista do sistema universal brasileiro - em termos de expansão da cobertura e do acesso ao nosso sistema de saúde (Ugá e Marques, 2005; Viana e Machado, 2008 e Porto, Ugá & Santos, 2006),

mesmo que, por outro lado, o setor privado tenha permanecido relevante na prestação dos serviços de maior complexidade e incorporação tecnológica.

Mas o resultado mais expressivo e fundamental que a reforma liberal alcançou talvez tenha sido um efeito não esperado, o qual se consolidou como novo paradigma para os sistemas de saúde, em geral – e como referencial importante para o SUS, em particular: a separação entre provisão e financiamento de serviços (ou entre compradores e prestadores de serviços).

Explica-se: como já foi dito antes, uma das estratégias utilizadas nas reformas dos anos 80 foi a introdução de mecanismos de competição entre os prestadores de serviços. O objetivo almejado era diminuir o poder monopólico destes, aí incluídos os profissionais médicos. Além disso, não era também desejável para os reformistas liberais que o Estado fosse, ao mesmo tempo, financiador e proprietário dos meios de produção dos serviços, visto que esse formato, em tese, seria responsável pela ineficiência do gasto dos sistemas de saúde, pelo não comprometimento desses prestadores com o custo dos serviços (Immergut, 1992).

Dessa maneira, a introdução dos mecanismos de competição também significava a desconcentração da provisão dos serviços de saúde pelos prestadores públicos. O movimento liberal logrou êxito na descentralização da prestação dos serviços, via desconcentração da propriedade dos meios de produção dos serviços e através da introdução dos mecanismos de competição. No entanto, a separação entre provisão e financiamento dos serviços não significou o enfraquecimento do poder regulatório do Estado.

Pelo contrário. As reformas liberais acabaram por mostrar que a propriedade estatal dos serviços de saúde - ou o tamanho do setor público na provisão dos serviços de saúde - não era uma variável tão crítica como se supunha, para a garantia do acesso, da universalidade e dos demais objetivos almeçados pelos sistemas de cunho universalista, nas sociedades cujo direito à saúde é um valor fundamental à preservação da vida. A capacidade do governo de regular diretamente as diversas partes do setor saúde é a variável fundamental e indispensável, tanto para o planejamento quanto para a eficiência e a efetividade na distribuição da assistência médica (Almeida, 1999).

Dito de outro modo, o fortalecimento da capacidade regulatória do Estado, a partir da separação entre financiamento e provisão dos serviços, significou a manutenção da força do Estado como financiador de seus sistemas de saúde. Nas



palavras de Almeida (1999:269), apesar de todo o movimento hegemônico político-ideológico liberal, pelo menos nos países europeus “preservou-se a base de solidariedade que historicamente tem sido utilizada para o financiamento dos serviços de saúde”, o que significa “a (re)afirmação da responsabilidade estatal pela adequada assistência à saúde dos cidadãos e das populações, seja essa assistência prestada por serviços públicos ou privados”.

Esses resultados dão ênfase à importância do papel dos compradores dos serviços como principais financiadores, independente da propriedade dos meios de produção. No caso brasileiro, esse é um tópico central, que remete à importância tanto da capacidade regulatória do Estado quanto da eficácia dos mecanismos de controle social para a trajetória do sistema de saúde. Particularmente no que se refere ao município em estudo, esses elementos são tão centrais que mereceram um capítulo quase inteiramente dedicado à análise de suas influências na configuração do ambiente político-institucional do sistema de saúde de Campos dos Goytacazes – RJ, tendo em vista algumas de suas características específicas derivadas da dinâmica da relação entre compradores e vendedores de serviços no âmbito local.

É a partir das características da relação entre compradores e vendedores de serviços de saúde que vamos, doravante, abordar a lógica de estruturação do sistema de saúde brasileiro, antes e depois da Constituição Federal de 1988, marco da institucionalização da importante mudança de paradigmas do modelo assistencial da saúde no Brasil.

A relação entre compradores e vendedores de serviços de saúde é um referencial muito utilizado por autores como Immergut (1992), Almeida (1996) dentre outros, como forma de entender a dinâmica de estruturação dos sistemas de saúde no mundo. A maior ou menor predominância do comprador ou do vendedor de serviços, ao longo de um determinado período, é um fator importante para a trajetória dos sistemas de saúde, particularmente os públicos.

É consequência natural que dessa relação entre quem compra e quem fornece serviços sejam desencadeados conflitos, os quais são mais ou menos intensos de acordo com a composição e a paridade de forças de lado a lado. Nesse sentido, o grau de interferência estatal no setor saúde é uma variável crítica no que se refere à intensidade desses conflitos, sendo esses – o grau de interferência e os

conflitos – diretamente proporcionais. Tomemos como exemplo a universalização dos sistemas de saúde que se tornaram paradigmáticos, como o modelo inglês.

Se, por um lado, progressiva expansão do financiamento dos sistemas pelo Estado ampliou significativamente o mercado de trabalho para os médicos e prestadores de serviços, por outro aumentou também sua capacidade de regulação do setor (Immergut, 1992; Almeida, 1997).

Isso porque na medida em que o Estado foi se tornando cada vez mais o principal comprador dos serviços, através da ampliação progressiva do financiamento desses por parte do governo, esse fato deu ao mesmo, força suficiente para impor o controle de preços, condições e outras formas de regulação. E embora as associações médicas, em particular, fossem também muito fortes, elas passaram a temer que esse aumento da presença do Estado no setor pudesse, no limite, levá-lo a exercer um poder monopsônico – ou seja, o governo ser o único comprador de serviços (Immergut, 1992).

Embora o poder estatal dependa também de outros fatores, como a extensão da população coberta pelo programa e o grau de centralização do mesmo, a força monopsônica do Estado foi progressivamente sendo confrontada pela força monopolista dos médicos, principalmente, na medida em que eles são os principais fornecedores de serviços de saúde<sup>5</sup>, resultando na conseqüente amplificação dos conflitos políticos e econômicos entre os compradores e os vendedores de serviços de saúde (Immergut, op.cit).

A intervenção governamental no campo da saúde tem diversas dimensões e depende diretamente das interconexões entre quatro principais variáveis (Almeida, 1996):

- i. a extensão e o tipo de financiamento público;
- ii. o tipo de regulação que essa estrutura de financiamento proporciona;
- iii. o papel do Estado como proprietário dos meios de produção de serviços;
- iv. o papel do Estado como empregador direto ou indireto.

---

<sup>5</sup> A autora considera os médicos como os principais vendedores de serviços - passíveis, portanto, de exercer poder monopólico – porque, de algum modo, qualquer outro fornecedor de serviços de saúde depende desse profissional.

As combinações resultantes dessas interconexões não só diferenciam os sistemas de saúde entre si como também afetam conjuntamente a capacidade de o Estado governar o setor (Almeida, op.cit; Immergut, op.cit). Vejamos no caso do sistema de saúde brasileiro, antes e depois do SUS.

Lobato (2000) recorre ao modelo operacional desenvolvido por Hurst (1991, apud Lobato, 2000), o qual prioriza essas relações entre financiamento e forma de pagamento a provedores de serviços. Tal modelo se divide em 7 subsistemas: o voluntário de pagamento direto, o voluntário de reembolso, o público de reembolso, o voluntário por contrato, o público por contrato, o voluntário integrado e, finalmente, o modelo público integrado.

De acordo com essa autora, o sistema de saúde brasileiro nas décadas de 60 a 80 era formado por um subsistema público por contrato, hegemônico; um subsistema público integrado, secundário; e um subsistema voluntário por contrato, residual. No modelo público por contrato o financiamento é através de contribuição obrigatória, vinculada à renda – nesse caso, as contribuições de empregados e empregadores. Por consequência, a cobertura dependia do vínculo empregatício, sendo, portanto, restrita aos segurados e seus dependentes.

Em tese, esse modelo permitiria maior escolha do usuário e pode ser eficiente se combinar competição por qualidade com incentivos e controle nos contratos com os provedores. No caso do sistema de saúde brasileiro, nesse período anterior ao SUS, o Ministério da Previdência Social, através do INAMPS, era a instituição central do subsistema público por contrato. Sua função era prover assistência médica individual à população segurada, sendo responsável tanto pelo financiamento, pela contratação dos provedores e também pela regulação e controle da prestação dos serviços.

Analisando a relação entre compradores e vendedores nesse período, no subsistema público por contrato, o pagamento era diferenciado por provedor: as unidades próprias da Previdência eram financiadas por orçamento global anual e os médicos vinculados ao Estado eram assalariados. Não obstante, em locais com pouca oferta de profissionais, médicos de algumas especialidades eram contratados para prestar serviços em seus próprios consultórios, sendo pagos também por unidade de serviços.

Os demais prestadores serviços privados contratados pelo INAMPS, inclusive os hospitais, eram pagos por unidade de serviço. Mais que isso, os mecanismos de

regulação se restringiam apenas ao controle do quantitativo de serviços prestados (Lobato, op.cit). Obviamente que essa forma de pagamento por procedimento e essa frágil regulação era um estímulo ao crescimento do setor privado na provisão dos serviços de saúde.

O outro subsistema importante no sistema de saúde brasileiro anterior ao SUS era o subsistema público integrado. O Ministério da Saúde era a instituição central do subsistema público, responsável pelas ações coletivas de saúde em geral - ou seja, havia uma dicotomia entre as ações preventivas e curativas. No modelo público integrado, o financiamento do sistema é similar ao modelo anterior, mas os provedores são pagos por salários ou orçamento.

Um fator muito importante nesse modelo é que o governo é o principal financiador e também o principal provedor (Lobato,op.cit), o que reduzia a relação entre compradores e vendedores de serviços a procedimentos burocráticos, expressos nas relações hierárquicas entre o governo central e as secretarias estaduais de saúde – os municípios ainda não eram protagonistas naquele período.

A vinculação do atendimento à contribuição para a Previdência era a mesma. Dessa forma, a seletividade alcançava todo o sistema público diferenciando os que “tinham INPS” daqueles que não tinham. Na verdade, existia ainda uma diferenciação na diferenciação, pois mesmo entre aqueles que tinham direito à cobertura, variava a qualidade do atendimento e na oferta de serviços, dependendo do peso político da categoria (Lobato, op. cit; Cordeiro, 1991).

Vários autores atribuem isso à herança dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais foram unificados, no ano de 1966, resultando na criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Criados a partir do início da década de 30, os IAPs tinham como uma de suas principais características a desigualdade na distribuição dos benefícios, inclusive no que se refere à assistência médica. Dessa forma, a extensão das coberturas, assim como o escopo delas variava largamente, inclusive dentro de uma mesma categoria, dependendo da região.

O caso do município em estudo ilustra bem aquela realidade. Naquele mesmo contexto da era Vargas, no início da década de 40, começaram a ser fortalecidos os direitos dos trabalhadores da indústria sucro-alcooleira, resultando, dentre outras coisas, na expansão de diversos benefícios a essa categoria, incluindo o da assistência médica. Cabe ressaltar, inclusive, que a legislação setorial previa o

financiamento desses serviços, subsidiados pelas usinas, o que proporcionou a criação de uma rede ambulatorial própria em áreas rurais, de difícil alcance. Essa dinâmica será mostrada no início do próximo capítulo, tendo em vista que Campos dos Goytacazes, à época, era um municípios protagonistas nesse setor produtivo.

Mas, para ser ter uma idéia do significado desse exemplo, isso implicou na antecipação do alcance da assistência médica ao trabalhadores rurais em quase vinte anos, obviamente apenas para aqueles com vínculo com as usinas de açúcar. A incorporação dos demais trabalhadores rurais ao sistema de saúde só começou a ocorrer, mais intensamente, a partir da década de 70. Mesmo assim os beneficiários tinham acesso apenas a um limitado número de serviços - prestados pelos sindicatos rurais ou pelas instituições filantrópicas - ratificando a segmentação e a diferenciação da assistência, no sistema de saúde brasileiro anterior ao SUS.

O outro subsistema então existente nas décadas de 60 e 70 era o voluntário por contrato, o qual viria a se tornar forte na década de 90. Esse segmento era então representado por poucas empresas, públicas e privadas, que passaram a prestar assistência médica aos seus funcionários e respectivos dependentes.

Dois aspectos do modelo voluntário por contrato são importantes de serem destacados, especialmente para efeito de entendimento da relação entre as quatro variáveis que formatam a relação compradores e vendedores de serviços: um deles é o fato de que, nesse subsistema, o financiamento depende da capacidade de pagamento do indivíduo ou do grupo – ou seja, o financiamento não é solidário, sendo baixa a capacidade de atingir a equidade. Um dado importante é que, naquela época, o financiamento desse subsistema contava com a participação da Previdência Social que, em troca de não fornecer assistência a esse grupo de segurados, transferia uma quantia fixa per capita às empresas (Lobato,op.cit. ; Cordeiro, 1991).

O outro aspecto é em relação aos prestadores de serviços filantrópicos, importantes no contexto desse trabalho. Essas instituições eram fundamentais no sistema de saúde anterior ao SUS, tanto por proporcionar assistência médica a parte da população não segurada – ou seja, aqueles que não possuíam vínculo de trabalho -, como também para o próprio sistema de saúde então vigente.

Em relação ao subsistema público por contrato, as instituições filantrópicas passaram gradativamente a ter um relevante papel no atendimento aos usuários da Previdência, em função da estratégia de privilegiar as unidades próprias e sem fins

de lucro, implementada pela Reforma Sanitária Brasileira, a partir dos anos 70. Além disso, até meados da década de 80 eram fundamentais também para atendimento aos trabalhadores rurais, em particular<sup>6</sup>.

O atual sistema de saúde brasileiro (SUS) é formado de dois subsistemas, ao invés dos três anteriores. Isso porque houve a fusão do subsistema público por contrato com público integrado em um mesmo subsistema, o público por contrato. O outro é o subsistema voluntário por contrato, o qual, conforme já mencionado, passou a ter importância destacada na organização atual, sendo em parte responsável pela expansão do financiamento privado do sistema de saúde brasileiro.

O sistema de saúde atual implementou três mudanças principais no novo subsistema público por contrato: i) a cobertura passou a ser universal, representando um primeiro passo na tentativa de alterar a lógica da segmentação, uma das linhas de trajetória do sistema anterior; ii) as funções curativas e preventivas, separadas no subsistema anterior, foram unificadas; e iii) alteraram-se os mecanismos de financiamento e gestão dos serviços, buscando o controle tanto dos gastos quanto das fraudes, pela mudança na forma de pagamento, que passou a ser por AIH (Cordeiro, 1991)<sup>7</sup>.

Tais mudanças foram garantidas pela Constituição Federal de 1988, estabelecendo um marco importante institucional para o setor saúde no Brasil, definindo-o como sendo de relevância pública. Noutras palavras, o Estado, passou a ser responsável por garantir as condições necessárias ao atendimento à saúde de toda a população, indistintamente. Essa garantia está assim expressa, em seu artigo 196:

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.*

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde, foi concebido sob os princípios da universalidade e da igualdade, tendo como diretrizes fundamentais a

---

<sup>6</sup> Outros provedores residuais nesse período- eram os hospitais universitários, que prestavam serviços via convênio entre o Ministério da Educação e a Previdência, além dos sindicatos.

<sup>7</sup>Essa diferenciação torna-se importante para o problema em estudo porque enfatiza a posição dos provedores de serviços médicos e hospitais filantrópicos e particulares – e suas respectivas formas de pagamento e mecanismos de regulação, inclusive na análise do sistema de saúde local.

descentralização, a integralidade na atenção e a participação da sociedade, como define o artigo 198 da CF de 1988:

*“As ações e serviços públicos de saúde integram uma REDE REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA e constituem um SISTEMA ÚNICO, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

*I – DESCENTRALIZAÇÃO, com direção única em cada esfera de governo.*

*II – ATENDIMENTO INTEGRAL, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.*

*III – PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE.”*

*“Parágrafo Único – O sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do artigo 95, com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.*

Contudo, em que pese a força institucional dessa mudança, é evidente que a operacionalização dessas diretrizes se dá em um ambiente totalmente diverso daqueles países nos quais esse modelo foi inspirado, tanto em termos estruturais como contextuais, assim como nos aspectos social e cultural – aqui entendidos como o conjunto de valores de uma sociedade no qual estão reunidos todos os fundamentos que norteiam suas escolhas. Em última análise, foram esses valores que garantiram a preservação do modelo de financiamento solidário e de universalidade no acesso nos sistemas de saúde europeus, mesmo sob intensa pressão da hegemonia liberal, conforme abordado anteriormente.

No que tange aos aspectos contextuais, também já mencionado alhures, o SUS foi institucionalizado na contramão de uma corrente, então hegemônica, a qual advogava a adoção de práticas voltadas para o mercado, como uma alternativa ao modelo clássico de Welfare State (Carvalho,1999). Ou seja, enquanto o mundo discutia o ajuste estrutural da economia, a diminuição da presença do Estado e a contenção dos gastos públicos, conforme já comentado anteriormente, aqui se expandia o direito à saúde com o aumento da responsabilidade estatal com seu provimento (Carvalho,1999; Ugá,1997; Ugá e Marques, 2005), traduzido na universalidade do acesso aos serviços.

Sem dúvidas, uma das consequências desse *timing* desfavorável, foi a severa e contínua crise no financiamento do sistema de saúde brasileiro – além da crise fiscal do Estado, a incorporação de parte da população até então sem

nenhuma cobertura levava à necessidade de ampliação dos recursos. Essa questão do financiamento não foi alcançada pela cláusula constitucional, tendo sido parcialmente alcançada pela Emenda Constitucional 29/2000. Ainda que com muitas limitações na sua operacionalização, e sem resolver o problema do subfinanciamento, a EC-29 definiu patamares mínimos de participação das esferas federais nesse sentido, conforme será abordado na próxima seção.

De qualquer modo, o problema do subfinanciamento público abriu ainda mais espaço para o avanço do setor privado no sistema de saúde brasileiro. Sintetizando o que dizem diversos autores, Favaret & Oliveira (1990) afirmam que o SUS, embora implicitamente inspirado no modelo inglês – ou seja, universalização do acesso, com predominância do setor público no financiamento -, tende estruturalmente a aproximar-se do modelo norte-americano - domínio do setor privado e ação estatal compensatória.

Contudo, e num contraponto aos teóricos que atribuem as dificuldades da implantação do SUS prioritariamente ao contexto internacional, Lobato (2000) alerta para o perigo de se atribuir os limites de efetivação da universalização do sistema de saúde brasileiro – e o crescimento do mercado privado - apenas às iniciativas neoliberais, desconsiderando as injunções políticas e a constituição histórica da proteção social no Brasil. Ou seja, aos fatores contextuais, globais, somam-se os estruturais, locais.

Nessa direção, as características da estruturação do sistema de saúde brasileiro anterior ao SUS, com suas linhas de dependência de trajetória do sistema de saúde brasileiro, apontadas por Gerschman e Santos (2006) e Menicucci (2007), devem ser também considerados elementos fundamentais para a compreensão da estruturação do SUS, inclusive no nível local. A predominância do setor privado na assistência à saúde no Brasil, desde as origens de seu sistema de saúde, talvez seja a principal dessas dependências de trajetória.

De acordo com Gerschman e Santos (2004:797) “representações de interesses mais consolidados e tradicionais na arena de saúde disputam espaço com arranjos institucionais mais modernos implantados na era do SUS”. Numa mesma direção, Menicucci (op. cit) afirma que é possível entender o padrão institucional atual do SUS a partir da identificação dos arranjos estáveis e rotinizados que nortearam o comportamento político e, com isso, definiram os limites (os quais, nesse trabalho, consideramos como as “regras do jogo” (North,1995)) que



delinearam as decisões políticas (e aqui acrescentamos, também as decisões alocativas) tomadas.

Mennicucci (op. cit) confirma também o que foi dito a pouco: mesmo que, indiscutivelmente, o SUS represente uma inovação institucional, esta é limitada por continuidades do modelo de assistência à saúde precedente. De novo, aqui se fundamenta a relevância dessa pesquisa. Considerando a existência de um SUS “real” que em muito se distancia do SUS “constitucional” (Bahia, 2006), e tendo em vista as características específicas do sistema de saúde local (as quais o aproximam do tipo-ideal proposto para o SUS, em termos de volume de recursos públicos e autonomia alocativa dos mesmos), como se comporta esse SUS teórico quando aplicado à realidade?

Fazendo uma síntese do que foi abordado até aqui, a título de contextualizar a sequência desse trabalho e de orientar a análise do caso local, destacamos alguns tópicos fundamentais:

- i. De acordo com Carvalho (1999:2), nosso atual sistema de saúde não seria “nem a aplicação literal do desenho legal do SUS, nem fruto de prescrições estipuladas de fora do processo social que o originou”, fazendo do Brasil “certamente o único país no mundo que possui um sistema universal que convive em separado com um potente setor privado de serviços” (Lobato,2000:226). Gerschman e Santos (2006:185), por sua vez, afirmam que a construção do SUS “é a história da institucionalização de sucessivos atores, iniciada com ações sanitárias promovidas por um Estado centralizado e uma sociedade civil escassamente desenvolvida”.
- ii. O atual sistema de saúde brasileiro é pleno de contradições entre seus propósitos teóricos e sua aplicação real. Essas contradições tem duas principais origens – embora apenas as mesmas não as justifique integralmente: o contexto da gênese do SUS e a dependência de trajetória do sistema de saúde anterior;
- iii. Em relação ao primeiro fator, a implantação do SUS, na década de 80, foi diretamente influenciada por dois movimentos de reforma sanitária: o surgido no Brasil, na década de 70, que defendia a ampliação da cobertura e a universalização do acesso aos serviços de saúde (implicando na necessidade de expansão dos gastos públicos), em substituição ao sistema de saúde

brasileiro então vigente, o qual era segmentado por vínculo de trabalho e financiado também por empregados e empregadores; e o outro, mundial e hegemônico, de natureza liberal, que defendia a redução do papel do Estado no financiamento dos sistemas de saúde e a seletividade no acesso, mediante a participação financeira do usuário como forma de contenção da utilização dos serviços. Exceto em relação ao privilegiamento das práticas extra-hospitalares e à ênfase na prevenção e na atenção primária, todas as suas orientações eram totalmente contrárias às da reforma sanitária brasileira.

- iv. Acerca do outro fator que influenciou também diretamente a implantação do sistema universal brasileiro, dentre as dependências de trajetória do sistema de saúde pré- SUS (Gerschman e Santos, 2006; Menicucci, 2007), duas são consideradas as principais, pelo menos para efeito desse trabalho: a primeira é segmentação da cobertura - noutras palavras, o objetivo de alcançar a universalidade no acesso tem como desafio a persistência de padrões de seletividade – seja por renda, seja por vínculo de trabalho, consequência da expansão do chamado subsistema voluntário por contrato (ou seja, dos planos e seguros de saúde); e a outra é a predominância do setor privado na prestação de serviços (posteriormente fortalecido também no financiamento dos serviços), em grande derivada da escolha feita pelo Estado por financiar a ampliação da rede de prestadores privados de serviços, especialmente no segundo período da “expansão massiva” do welfare state no Brasil (Draibe, 1993), garantindo ainda a demanda, através da compra dos serviços.
- v. A descentralização era a estratégia comum a ambas as reformas, embora com objetivos e perspectivas distintas: na Europa, tinha o propósito de aumentar a eficiência alocativa e da gestão dos sistemas de saúde; e no Brasil, tinha o propósito de dar empoderamento aos entes federativos subnacionais, especialmente os municípios, como crítica à centralização do período militar, e alinhada à premissa de associação automática entre descentralização e democracia.
- vi. A operacionalização do modelo descentralizador no Brasil – o qual confere aos entes subnacionais, especialmente aos municípios, plena autonomia política e fiscal - foi feita predominantemente com transferências orçamentárias regulares do governo central. Essa estratégia levou a um

dilema fundamental à manutenção da própria descentralização: a suposta antítese “transferências vinculadas versus autonomia”. Esse foi o formato escolhido pelo Ministério da Saúde, reproduzindo essa “contradição”, o qual tem sido um dos principais eixos de conflitos e dilemas no âmbito do SUS. Essa é a temática abordada na próxima seção, a seguir.

## 1.2 - As Normas Operacionais do SUS: descentralização ou regulação?

As políticas de saúde implementadas a partir da Constituição de 1988 são consideradas como o exemplo mais fidedigno do modelo descentralizador idealizado pelo atual desenho do atual federalismo brasileiro (Melo, 1996, 1997; Prado et al, 2003; Arretche,1996). Como foi mencionado na primeira seção desse capítulo, a descentralização foi um pilar do novo federalismo brasileiro, no contexto da redemocratização, tendo por premissa a crítica radical ao modelo centralizador do regime militar precedente. Obviamente essa característica se reproduziu na concepção do SUS.

Também conforme mencionado alhures, autores como Melo (1996) e Arretche (1996; 2010), dentre outros, discordam que essa descentralização tenha de fato ocorrido da maneira como foi vislumbrada em sua gênese. A trajetória histórica de forte centralização da federação brasileira; o consenso acerca da necessidade dessa centralização em federações com alto grau de desigualdades regionais, a desconfiança quanto ao comportamento das elites locais, a incerteza quanto à real eficácia dos mecanismos de controle social e a baixa capacidade de gestão de expressiva parte dos municípios são alguns dos aspectos mais gerais que teriam influenciado essa dissonância entre a teoria e a prática.

Especificamente em relação aos princípios e fundamentos do SUS, um tensionamento ainda presente no sistema de saúde brasileiro refere-se ao grau de descentralização das políticas de saúde no Brasil – ou, sob outra perspectiva, ao real papel dos governos municipais na formulação, na implementação e na gestão das políticas de saúde locais. A propósito, o debate acerca da autonomia dos gestores locais na alocação dos recursos transferidos pelo governo central – e do caminho a ser trilhado nesse sentido – está na “ordem do dia”, com a recente publicação da Portaria MS 3392, de 28/12/2017.

O processo de implantação do SUS foi balizado por uma sequência de Normas Operacionais, formalizadas e instituídas pelo Ministério da Saúde a partir da

década de 1990. É quase consenso que as NOBs tiveram como propósito principal normatizar o processo de descentralização do SUS, buscando consolidar o papel do poder público municipal como gestor dos seus respectivos sistemas de saúde. Os parâmetros de gestão estabelecidos pelas NOBs passaram a definir as responsabilidades que o gestor municipal poderia assumir, a depender de sua estrutura de serviços de saúde e, em tese, de sua capacidade de gerenciar seu sistema de saúde.

No entanto, tendo em vista a autonomia política dos governos subnacionais, a adesão às referidas diretrizes do Ministério da Saúde dependia da disposição de cada um deles em assumir essas maiores ou menores responsabilidades em relação ao seu próprio sistema de saúde. Ou seja, para além da estrutura da rede de serviços e da eventual capacidade de gerenciá-la, como a adesão às Normas Operacionais do SUS era facultativa, a estratégia utilizada pelo governo central foi oferecer incentivos financeiros e estabelecer contrapartidas aos repasses dos recursos, visando à implementação das políticas por ele definidas.

Pode se dizer que, por um lado essa estratégia foi bem sucedida, em relação ao objetivo proposto, tendo em vista que a quase totalidade dos municípios brasileiros vinculou-se às NOBs/ NOAS. Obviamente, essa maciça opção por acatar as diretrizes gerais do SUS tem relação direta com os incentivos financeiros oferecidos aos municípios, na medida em que a maior parte desses entes federativos tem baixa arrecadação própria e, portanto, depende dos repasses das outras esferas – principalmente a federal - para manter seus serviços de saúde.

Dessa maneira, embora as NOBs não tenham podido alterar a autonomia política do ente federativo municipal -garantida constitucionalmente -, as transferências vinculadas limitaram a autonomia alocativa dos recursos pelo poder local, a qual era uma das principais reivindicações do movimento favorável à descentralização. Ademais, havia o fato de as contrapartidas exigidas gerarem o ônus de atrelar as políticas locais às políticas centrais, o que de algum modo também passou a interferir na autonomia do ente municipal definir suas prioridades em função de suas necessidades específicas – um dos principais argumentos dos defensores da descentralização.

Dito de outro modo, a autonomia do gestor local no uso dos recursos e na formulação das políticas de saúde passou a ser parametrizada pelas contrapartidas e/ou pelas vinculações às estratégias definidas em função do alcance dos objetivos

definidos para o SUS pelo governo central. Esse contexto acabou por aprofundar também o debate acerca de o poder de indução e regulação do nível federal na orientação das políticas de saúde (Lima e Viana, 2007) ter aproximado essa estratégia de uma política regulatória.

Arretche (2010) explica que há dois tipos de políticas descentralizadas: as reguladas, cujas características são a definição e o controle das diretrizes por parte do governo federal, levando à conseqüente limitação da autonomia decisória nos níveis subnacionais; e as não reguladas, as quais, ao contrário da primeira, caracterizam-se pela autonomia decisória na execução das políticas. No caso brasileiro, seriam exemplos desse último caso as políticas de habitação, as de infraestrutura urbana e as de transporte público.

Melo (1996), Souza (op.cit) e Arretche (op.cit) consideram a política de educação e, especialmente, a de saúde, como políticas reguladas, na medida em que as mesmas, embora executadas pelos governos subnacionais, são fortemente supervisionadas e regulamentadas pelo governo central. Lima (2007) refere-se ao fato de que os estudiosos dessa área reconhecem que as transferências “fundo a fundo” (ou seja, diretamente do governo central para as esferas subnacionais), embora tenham sido um avanço ao não vincularem o repasse à prévia informação da produção, são altamente “tuteladas” pelo Ministério da Saúde.

Mattos e Costa (2003) e Levcovitz, Lima e Machado (2001) reforçam essa linha de pensamento ao afirmarem que o poder indutor das políticas de saúde tem sido um instrumento indiscutivelmente muito utilizado pelo governo central, especialmente a partir da década de 90, através da adoção e/ou ampliação tanto de programas universais de atenção quanto de mecanismos de avaliação das ações e de prestação de contas, estatísticas e financeiras, as quais condicionam a continuidade do repasse – e, portanto, da manutenção da fonte de financiamento dos serviços.

Assumindo o fato concreto de que os municípios brasileiros são bastante desiguais em praticamente todos os aspectos, é consenso entre os estudiosos e os formuladores de políticas que o propósito principal dessa estratégia regulatória seria “amarrar” as subunidades independentes em torno de um dado objetivo nacional”(Arretche, 2010:611)<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Corroborando as fundamentações expostas na introdução desse capítulo, acerca da histórica tendência de centralização no Brasil, a autora destaca que essa estratégia já havia sido adotada na

É bem verdade que essa escolha política possibilita a implantação de programas específicos, mas de caráter universal, conseguindo abranger todo tipo de municípios, inclusive aqueles com pouca capacidade de gestão – os resultados alcançados pelos programas PSF/PACS, considerados um dos grandes avanços do SUS, confirmam essa premissa (Viana e Machado, 2008). Ademais, tão relevante quanto isso é o fato de que, tendo em vista a grande autonomia dos municípios brasileiros, essas políticas acabam naturalmente estabelecendo uma prioridade na alocação dos recursos no nível local.

Estudos como o conduzido por Arretche (2010) demonstram ainda que, nesses casos, verifica-se uma menor desigualdade do gasto, comparada à verificada nas políticas não reguladas. Essa menor desigualdade, contudo, não é explicada apenas pelas transferências condicionadas universais<sup>9</sup> apenas, mas pela combinação das receitas próprias com as transferências de outras esferas. Isso significa, por consequência, que todas as transferências têm algum efeito na redução das desigualdades, reafirmando a importância e da necessidade de algum grau de regulação federal com vistas ao alcance desse propósito.

Ainda no interessante trabalho supracitado, Arretche (2010) mostra que, em 2006, se os municípios brasileiros contassem apenas com a arrecadação própria, o Coeficiente de Gini seria de 0,550. Se a essa arrecadação fossem agregadas as transferências oriundas das esferas estaduais, o índice seria de 0,450<sup>10</sup>; se à arrecadação própria fosse agregado apenas o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), transferência federal, o referido índice cairia para 0,300, quase a metade do índice apenas com as receitas próprias.

Por fim, se às mesmas receitas próprias fossem agregadas apenas as transferências do FUNDEF (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério) e aquelas definidas pela Norma

---

Constituição de 1946, tendo mudado, em relação ao presente, apenas os setores alcançados e os percentuais dos repasses. Numa mesma direção, Prado et al (2003) afirma que, no que se refere à disponibilidade real dos recursos totais, quando incluídas as transferências federais, os governos subnacionais permanecem na mesma situação dos inícios dos anos 80.

<sup>9</sup>Arretche(2010) diz que, no caso das políticas de saúde podem ser consideradas, essas transferências são chamadas de universais tanto pelo fato de qualquer município poder ter direito às mesmas, desde que optem pela adesão às NOBs, como também pelo fato de que a quase totalidade dos mesmos terem feito essa opção.

<sup>10</sup> A autora destaca que esse patamar de desigualdade é o mais próximo da efetiva diferença de geração de riqueza entre os municípios, tendo em vista que as transferências estaduais são devoluções tributárias (Arretche, 2010:601)

Operacional Básica 96 (NOB-96), o índice cairia para 0,220 – considerando todas as transferências o Coeficiente de Gini era de 0,280.

Não obstante, em que pese os resultados relativamente positivos das políticas de educação e de saúde estarem amenizando, em parte, a rejeição extrema à centralização e à regulação federal (Prado et ali, 2003), por outro lado muitos autores sustentam que esse poder indutor do governo central, através do Ministério da Saúde, e a conseqüente menor autonomia dos municípios, em especial, não favorecem a consolidação do SUS conforme seus princípios.

Isso porque, além do já mencionado excesso de centralização e da verticalização das decisões, dentre as outras desvantagens apontadas por eles estaria o baixo controle social na elaboração dos critérios das normas operacionais pelo governo central, e o não incentivo ao desenvolvimento tanto da capacidade de gestão quanto do referido controle social, especialmente no âmbito municipal (Mattos e Costa, 2003).

De novo, essa questão da vinculação das receitas e do poder de indução do governo central – ou, se preferirmos, da maior ou menor autonomia decisória e alocativa dos governos locais – permanece uma importante fonte de tensão no campo das políticas de saúde no Brasil, tendo atualmente retomado o protagonismo, com a publicação da já mencionada Portaria MS 3392, de 28/12/2017. A rigor, a gênese de todo esse debate são as Normas Operacionais que começaram a ser editadas pelo Ministério da Saúde a partir da década de 90.

No propósito de normatizar o processo de implantação do SUS, alguns objetivos específicos buscaram ser alcançados por essas normativas, dentre o quais destacam-se mais diretamente:

- i) definir objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes, movimentos táticos operacionais do SUS;
- ii) regular a relação entre seus gestores nos três níveis de governo;
- iii) induzir e estimular mudanças no sistema de saúde brasileiro, reorientando a implementação do SUS em relação à trajetória até então predominante.

O desejo de mudança de trajetória do SUS em relação ao sistema de saúde até então vigente ficou bastante claro desde a promulgação Constituição de 1988,



que definiu a universalidade do acesso e a integralidade das ações como pilares desse novo modelo assistencial. Não obstante, há de se admitir que esse é um objetivo nada modesto, tendo em vista que seu alcance depende de fatores igualmente complexos como, por exemplo, o volume do financiamento público e a lógica da relação público-privada.

Especialmente em relação ao último item, um dos mais desafiadores de todos, em razão da história precedente ao atual sistema de saúde brasileiro, chamamos a atenção do leitor para o fato de o mesmo ser um dos eixos centrais desse trabalho, tendo em vista que um dos objetivos propostos é verificar a trajetória do sistema de saúde de Campos dos Goytacazes – RJ em relação aos demais municípios brasileiros. As relações público/privadas na saúde - as quais não foram diretamente alcançadas pelas NOBs, num primeiro momento (Levcovitz, Lima e Machado, 2001) - são uma variável fundamental nesse sentido, conforme poderá ser verificado ao longo desse estudo e também nos resultados desse trabalho<sup>11</sup>.

Levcovitz, Lima e Machado (2001), Costa et al (1999), Arretche (2002), dentre outros, consideram que o governo central foi bem sucedido na sua proposta de municipalizar a gestão dos serviços de saúde, tendo havido os importantes avanços verificados a partir dos anos 2000, particularmente no que se refere à execução das políticas de saúde definidas pelo Ministério da Saúde. A quase integral adesão dos governos municipais às normativas do SUS, além de ratificar a premissa desses autores, mostra que não foi mero acaso o processo de descentralização do SUS ter sido um dos objetos centrais de alcance dessas portarias ministeriais.

Contudo, importantes críticas foram feitas à estratégia adotada para alcançar essa finalidade, por meio da implantação de Normas Operacionais. Para Costa et al (1999), esse modelo levaria a uma separação entre financiamento e provisão dos serviços – executados pelos municípios -, e a um excesso de autoridade do governo central na definição das regras que vieram a ser os parâmetros para a implementação das ações de saúde de estados e municípios (Marques e Arretche, 2002; Lima, 2007).

Ademais, essas críticas eram fortalecidas pelo fato de que a principal motivação para praticamente todos os municípios terem optado por assumir a

---

<sup>11</sup>As relações público-privadas são influenciadas por outras variáveis mais imponderáveis, por assim dizer, como a força da dependência de trajetória do sistema de saúde brasileiro, assim como a cultura participativa e fiscalizadora da sociedade, fundamental à eficácia do controle social, aí incluído o funcionamento dos Conselhos de saúde, como será também abordado longo esse trabalho, particularmente no Capítulo 3.

responsabilidade pela gestão de seu sistema de saúde – com os seus respectivos ônus e mesmo sem nenhuma expertise gerencial – foi a dependência dos governos locais das transferências efetuadas pelo Ministério da Saúde. Embora a dependência das transferências das outras esferas federativas alcance os municípios brasileiros de todos os tamanhos, Marques e Arretche (2002) parecem ter razão ao afirmarem que são aqueles de pequeno porte (maioria absoluta) os que mais rigorosamente cumprem os objetivos do SUS.

Dito de outro modo, a adesão maciça dos municípios às diretrizes do processo de descentralização não teria sido consequência de um natural processo de pactuação entre as esferas de governo, ou prioritariamente dos interesses dos políticos e das elites locais no protagonismo da gestão e do controle das ações de saúde, mas principalmente dos incentivos financeiros vinculados e condicionados à adesão às Normas Operacionais do SUS, fato que, na prática, vai de encontro à concepção teórica proposta para o sistema de saúde brasileiro, em sua gênese.

Vejamos um pouco acerca dessas NOBs. A primeira dessas portarias normativas foi a Norma Operacional Básica publicada no ano de 1991 – conhecida como NOB 01/91. Essa norma veio estabelecer as primeiras diferenciações em relação aos critérios e às diretrizes operacionais anteriormente vigentes no sistema de saúde brasileiro. Dentre os principais pontos abrangidos por ela, destacam-se os aspectos relacionados à (NOB/SUS 01/91 e CONASS):

- i) equiparação da modalidade de pagamento dos prestadores públicos e privados, que passou a ser por produção de serviços também para o público;
- ii) implementação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS);
- iii) descentralização da gestão do SUS no nível federal (INAMPS).

Ao mesmo tempo em que começa a estabelecer algumas diferenciações em relação ao modelo de saúde brasileiro até então vigente, essa primeira NOB introduz os parâmetros que viriam a nortear as habilitações dadas pelo Ministério de Saúde aos municípios, e a futuramente “classificá-los” no que concerne tanto ao estágio de gestão de seus serviços de saúde quanto à capacidade e à autonomia desse ente federativo de gerenciar os recursos desse setor.

Por outro lado, foram mantidas as condições exigidas pelas Leis 8080/90 e 8142/90 para que um município fosse considerado como tendo aderido à normativa do SUS: reiterando, são elas a existência i) do Conselhos Municipais de Saúde, ii) do Fundo Municipal de Saúde, iii) do Plano Municipal de Saúde devidamente aprovado pelo Conselho, e iv) a contrapartida de recursos para a saúde, oriunda de seu orçamento, além da constituição de uma comissão para a elaboração de um Plano de Carreira, Cargos e Salários.

No entanto, a NOB 01/91 não surtiu muito efeito junto aos municípios – em 1993, menos de um quarto deles havia aderido a essa normativa – e também sofreu muitas críticas dos especialistas. Tendo sido elaborada e implantada na vigência do Governo Collor, as regras de transferências de recursos definidas não deram a certeza e a segurança necessárias de que seriam efetivamente cumpridas (Arretche, 2002), além de ter desconsiderado os gestores locais na lógica decisória das políticas, não dando aos mesmos qualquer poder alocativo dos recursos (Ugá e Marques, 2005).

Contrário à descentralização, o então presidente Collor não tinha por objetivo apoiar a construção do SUS nos moldes como havia sido concebido (Carvalho, 2001; Arretche, 2001,2005). Pelo contrário. Segundo esses autores, a estratégia adotada pelo então ministro da saúde Alcení Guerra, ex-funcionário do INAMPS, era ampliar o controle político do governo central, postura que levou a intensos conflitos com o movimento reformista e com os governos locais, os quais, respaldados pela Lei Orgânica da Saúde, resistiram às tentativas de mudanças.

Ressalte-se, a rigor, que essas tentativas não foram poucas. Transcrevemos abaixo o relato de Gilson Carvalho, sanitarista que participou diretamente da elaboração dessa e de outras Normas Operacionais, como forma de melhor ilustrar essa afirmativa. Descontadas a emoção e a não neutralidade do autor - autodeclarada, aliás – seu relato diz muito sobre aquele contexto:

*“Não foi sem dificuldades e muitas, que se chegou a esse acordo (para a aprovação da Lei Orgânica da Saúde), mas só ele possibilitou a aprovação. Ao chegar à sanção presidencial de Fernando Collor os vetos apareceram, o que gerou o maior dos debates. Depois de três meses de impasse, resolveu-se a questão aprovando-se a Lei 8.080, complementada com a 8.142. Municípios e estados esperavam que, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o SUS fosse implantado, segundo as novas normas e o financiamento seguisse o que lá estava escrito no 8.080/35 e 8.142/2. Qual não foi a surpresa de todos quando uma enxurrada de portarias do INAMPS adentrou os gabinetes dos gestores públicos em janeiro de 1991.*

*Eram as portarias inampianas 15, 16, 17, 18, 19 e 20 e a resolução 258 de 7/1/91 que tinha como anexo a NOB-91 e outros penduricalhos. Dentro delas nada relativo aos preceitos legais de dezembro de 90, mas a consolidação daquilo que já vinha sendo implantado desde junho de 1990” (Carvalho, 2001:437).*

Esse contexto explica, por um lado, a razão pela qual, dentre as todas as críticas formuladas a essa primeira NOB, as mais contundentes foram ao seu formato centralizador (Levcovitz, Lima e Machado, 2001; Ugá e Marques, 2005). E, por outro, o motivo pelo qual foram mantidos pela NOB/91 os mecanismos de transferências vinculados à produção de serviços, e o pagamento aos prestadores de serviços de forma direta pelo Ministério da Saúde.

Havia ainda o questionamento acerca da legalidade de várias das deliberações contidas na NOB/91, as quais estariam em desacordo com as Leis 8080/90 e 8142/90 (Arretche, 2003, 2005), especialmente no que se refere ao repasse com base na produção de serviços e aos convênios como forma jurídico-administrativa de relação entre compradores e vendedores de serviços, aspectos os quais Carvalho (2001: 438) classificou como “inconstitucionais e ilegais”.

De acordo com esse autor, a NOB/91 foi reeditada três vezes, sendo a primeira delas por ter sido publicada pelo INAMPS - quando a prerrogativa para editar portarias do SUS já era exclusiva do Ministério da Saúde -, e a última em julho de 1991, a qual continha apenas mudanças de forma. O mesmo aconteceu com a NOB/92. É consenso entre os autores que essa norma igualmente não trouxe nenhuma mudança substancial em relação à sua predecessora, razão pela qual a mesma é desconsiderada na trajetória das NOBs.

É possível dizer, no final das contas, que os reformistas sanitários e os representantes dos poderes locais saíram vitoriosos desse embate inicial, ainda que indiretamente, a priori, com a queda do governo Collor. O governo Itamar Franco, em 1993, nomeou como Ministro da Saúde o médico Jamil Haddad, um dos fundadores do Partido Socialista Brasileiro (PSB), propiciando aos reformistas ocupar posições estratégicas nesse referido Ministério e, conseqüentemente, reverter a orientação que estavam sendo dadas ao processo de implantação do SUS (Carvalho, op.cit).

Por esse contexto, e em razão das fortes críticas ao viés centralizador e ao caráter “antimunicipalista” da NOB 01/91 (Arretche, 2003), a NOB 01/93 expressou com mais ênfase o caráter político da defesa pela descentralização do SUS, na

medida em que formalizou as diretrizes aprovadas na 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano anterior, a qual teve como título "A municipalização é o caminho".

De acordo com Carvalho (op.cit), foi um documento intitulado "Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir as leis", elaborado após amplo debate no âmbito dessa Conferência, que deu o norte àquilo que viria a ser a portaria da NOB-93. Nesse sentido, os avanços dessa normativa vão em direção a consolidar a descentralização como fundamento do SUS, estabelecendo três pontos cruciais os quais viriam a ser determinantes para a trajetória do sistema universalista brasileiro (NOB/SUS 01/93):

- i) habilita os municípios como gestores, criando três níveis de gestão (incipiente, parcial e semiplena) e também os Estados (parcial e semiplena);
- ii) para aqueles habilitados na gestão semiplena, criou a transferência "fundo a fundo"
- iii) cria as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), nos âmbitos estadual e nacional, respectivamente.

De acordo com Levcovitz, Lima e Machado (2001) e Ugá e Marques (2005), a transferência de recursos "fundo a fundo" – que foi viabilizada pelo estabelecimento dos tetos financeiros para a cobertura hospitalar - proporcionou aos municípios maior autonomia na gestão do seu sistema de saúde, e, embora tenha sido mantida a mesma lógica de remuneração vinculada à produção de serviços, possibilitou também maior transparência na distribuição dos recursos. Mesmo assim, a transferência integral dos recursos só era dada àqueles municípios que optavam pelo modelo de gestão de maior responsabilização local – "o qual mais se aproximava dos objetivos definidos pelo governo central, através do Ministério da Saúde" (Arretche 2003; 2005).

Ou seja, ao mesmo tempo em que a NOB/93 permitia àqueles municípios que houvessem optado pela adesão escolher uma dos três níveis de gestão, de diferentes graus de complexidade e de responsabilidade gerencial, adequando-se, em tese, ao que lhe oferecesse melhor relação custo-benefício, em contrapartida,

essa NOB punia os municípios que não optassem pela adesão, ao condicionar à mesma o recebimento dos recursos federais.

Retomando à questão do enfoque político dado à NOB/93, um outro importante aspecto destacado pelos autores foi a criação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), nas esferas estadual e federal, respectivamente. Especialmente as representações dos governos locais foram bem sucedidas na institucionalização desses espaços considerados estratégicos tanto para a democratização dos processos decisórios quanto para a negociação, pactuação e articulação das políticas de saúde entre os entes federativos.

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é uma instância colegiada de decisão do Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito estadual, composta por representantes dos Secretários Municipais de Saúde e por representantes das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde. A CIB foi criada por essa referida NOB/93, que também criou a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, de âmbito nacional, a qual por sua vez, que reúne os gestores federal, estaduais e municipais do SUS.

Arretche (2003) argumenta que a CIB - e especialmente a CIT, pelo seu poder deliberativo sobre os critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios - passaram a ser um contrapeso à concentração de autoridade do poder central, em tese limitando o risco de imposição unilateral das regras do SUS, por parte do Ministério da Saúde.

Nas palavras dessa referida autora, acerca desse assunto central à nossa pesquisa, “embora a divisão de atribuições do SUS concentre autoridade no governo federal, a CIT seria um poder de veto e estados e municípios na formulação das NOBs, assim como esses últimos poderia exercer seu veto a uma política federal na fase de implementação, simplesmente não aderindo aos programas”(Arretche, 2003:340).

Com efeito, esse foi o caso do município em estudo, o qual busca entender as razões e as consequências dessa escolha por exercer seu poder de veto – ainda que em parte – às políticas do SUS. O primeiro compromisso formal que Campos dos Goytacazes - RJ pactuou com o SUS foi em 1998<sup>12</sup>, quando o mesmo se

---

<sup>12</sup>Aprovação de sua habilitação na CIT em 13/03/1998, pela portaria MS 2295, publicada no DOU em 12/03/1998 (Venâncio, 2001:72)

habilitou na condição plena da atenção básica (Venâncio, 2001). Esse município, portanto, passou a maior parte da década sem estabelecer um compromisso formal com o SUS, só vindo a estabelecer seu primeiro vínculo com as NOBs quando a maior parte dos municípios brasileiros aderiu à NOB/96, no mesmo ano de 1998 (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

De acordo com Venâncio (2001), desde a época da NOB 01/93 Campos dos Goytacazes - RJ cumpria os requisitos para habilitar-se na gestão incipiente. Para a condição de gestão parcial de seu sistema de saúde, necessitava naquela oportunidade apenas organizar o Plano de Saúde, o relatório de Gestão e a Comissão para elaboração do plano de cargos e salários.

Do mesmo modo, em dezembro de 2000 – quando mais de 99% dos 5506 municípios brasileiros, à época, haviam optado pela adesão à NOB/96 (Levcovitz, Lima e Machado, 2001) – Campos dos Goytacazes - RJ contemplava quase todos os requisitos para habilitar-se na condição de gestão plena do sistema municipal, de acordo com os novos níveis de habilitação, então definidos pela mesma NOB/96, como será visto logo adiante. Para isso, faltavam apenas os serviços de auditoria (que veio a ser implantado apenas em 2007) e de recursos humanos. Apesar disso, o município optou por manter-se habilitado apenas na gestão plena da atenção básica, assim permanecendo até outubro de 2009.

Dessa forma, portanto, fazendo uso de sua autonomia política, o município de Campos dos Goytacazes - RJ permaneceu alheio e não alcançado pelas principais macro-políticas do SUS, induzidas pelas NOBs e NOAS e padronizadas nacionalmente, tendo em vista a adesão às mesmas por quase com por cento dos municípios brasileiros. Ficando habilitado apenas para a GPABA<sup>13</sup>, recebia as transferências “fundo a fundo” apenas referentes aos recursos da atenção básica.

Isso significa que, apesar de seu porte populacional e econômico, e de sua infraestrutura de serviços de saúde, da perspectiva das NOBs e NOAS, o município permanecia, por opção própria, sem o comando de seu sistema de saúde. Particularmente no que se refere à relação público-privada no nível local, esse é um

---

<sup>13</sup>A partir da NOAS 01/01, a habilitação dos municípios que estavam na condição plena da atenção básica, como era o caso de Campos dos Goytacazes – RJ, passou a ser GPABA (Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada), a partir do novo enquadramento dado por essa nova norma operacional. Algumas novas condições mínimas para a habilitação nesse novo nível de gestão foram exigidas, tais como o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. O município em estudo atendia a essas novas exigências.

contexto por demais relevante, na medida em que quase 98% dos leitos hospitalares eletivos locais são privados, como será mostrado no capítulo seguinte.

No que tange aos municípios do Estado do Rio de Janeiro, ao final do ciclo da NOB/93 apenas 24 municípios foram habilitados (29,63% do total) pela referida NOB, o equivalente a aproximadamente 66% de sua população. Dos municípios da região Norte-Noroeste Fluminense, apenas Bom Jesus do Itabapoana, Itaperuna, Macaé e Quissamã se habilitaram nessa normativa, todos na gestão parcial. Nesse nível de gestão, o Estado do Rio teve 14 municípios habilitados. Na gestão semiplena, apenas 7 municípios (14% da população do Estado) conseguiram habilitar-se. Os demais, dentre o montante de habilitados estavam obviamente na gestão incipiente (Venâncio, 2001).

Levcovitz, Lima e Machado (2001) explicam que, na prática, a condição de gestão semiplena da NOB 01/93 só alcançou os municípios e, mesmo assim, as transferências automáticas dos recursos federais "fundo a fundo" só foram iniciadas em novembro de 1994, em razão de regulamentação legal. Concordam ainda com Ugá e Marques (2005) que a implementação dessas diretrizes foi um pouco retardada, embora isso tenha sido justificável pelo fato dessa NOB ser uma norma de transição, reconhecendo os autores que a descentralização, na prática, é um processo lento e gradual, em razão da liberdade de adesão por parte das unidades federadas, assim como de suas respectivas capacidades de gestão do sistemas de saúde local.

Por outro lado, é imperativo reconhecer que o município em tela é um exceção à regra: primeiro, como já mencionado anteriormente nesse trabalho, foi um dos pouquíssimos municípios a fazer uso de sua autonomia política nessa direção; segundo porque o fato de o governo central controlar boa parte do financiamento dos sistemas de saúde locais, dependentes que são os entes subnacionais desses repasses, restringe (em nossa opinião anula, na prática) a possibilidade do exercício efetivo dessa autonomia política.

De novo, voltamos à gênese tanto do debate conceitual desse trabalho quanto do caso prático em tela. Dizendo de outra maneira, a opção por não aderir às NOBs (ou seja, de estabelecer políticas de saúde descentralizadas) só pôde ser feita pelos municípios com autonomia orçamentária suficientemente grande, a ponto de não depender dos repasses do Ministério da Saúde. E esse era o caso de Campos dos Goytacazes.



A Tabela A mostra os valores das transferências SUS para esse município e a evolução do orçamento de seu sistema de saúde, no período de 2003 a 2009, em relação aos repasses das demais esferas de governo.

Tabela A – Transferências governamentais SUS – Campos dos Goytacazes – RJ – 2003-2009

	Transf SUS da União	Transf SUS do Estado	Transf. Total SUS	% Tranf. Orçamento Saúde
2003	R\$ 13.958,51	R\$ 0,00	R\$ 13.958,51	0,02
2004	R\$ 17.223.434,80	R\$ 0,00	R\$ 17.223.434,80	14,53
2005	R\$ 18.819.895,07	R\$ 0,00	R\$ 18.819.895,07	9,86
2006	R\$ 19.800.771,93	R\$ 1.312.672,72	R\$ 21.113.444,65	8,36
2007	R\$ 21.886.562,55	R\$ 1.331.780,88	R\$ 23.218.343,43	6,61
2008	R\$ 23.117.341,08	R\$ 1.578.788,85	R\$ 24.696.129,93	7,43
2009	R\$ 20.168.939,23	R\$ 653.436,12	R\$ 20.822.375,35	5,86

Fonte: SIOPS e Leis orçamentárias do município de Campos dos Goytacazes - RJ

Constata-se que, nesse período<sup>14</sup>, uma parte muito pequena do orçamento da saúde ficou vinculada às transferências governamentais diretas e às suas respectivas vinculações e contrapartidas. Entre os anos de 2003 e 2009, essas transferências representaram, em média, apenas 7,5% do volume total de recursos aplicados no sistema de saúde local. Ou seja, a maior parte do orçamento da saúde vinha de outras fontes de recursos, as quais não vinculavam sua alocação às determinações do Ministério da Saúde.

Mas, se por um lado seja possível constatar que o perfil do financiamento do sistema de saúde local difere muito daquele dos demais municípios brasileiros, por outro isso não significa que, em termos de orçamento geral, Campos dos Goytacazes não dependa fortemente das transferências de outras esferas federativas, tal como os demais. Dito de outro modo, a arrecadação própria de Campos dos Goytacazes é bastante baixa, nada diferente da realidade brasileira.

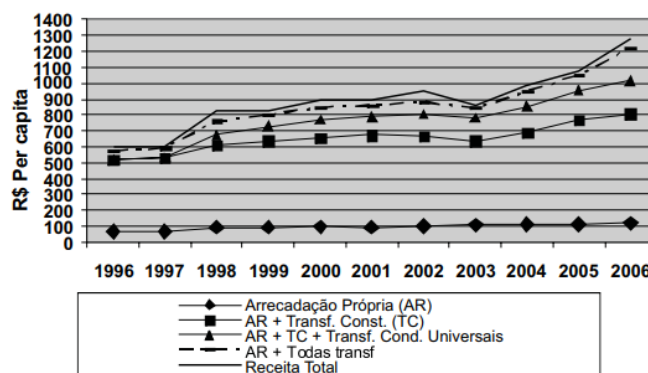
<sup>14</sup> Embora o período do estudo comece em 1999, não conseguimos informações precisas da composição do orçamento da saúde local, nos parâmetros dessa tabela. Isso porque, até o ano de 2002, o financiamento de boa parte dos serviços de saúde, particularmente os da administração indireta, era derivado dos orçamentos de outras secretarias municipais, em especial a secretaria de administração e o gabinete do Prefeito. O motivo dessa “imprecisão” tem relação direta com a dinâmica da configuração do ambiente político-institucional local, a qual será explicitada no próximo capítulo.

Explica-se. Arretche (2010) e Prado et all (2003) pontuam que, no Brasil, a autonomia tributária dos governos subnacionais é bastante limitada, não tendo os mesmos a possibilidade de livremente criar e arrecadar impostos. No nível municipal, por exemplo, há autorização legal para recolher tributos como o ISS (serviços), o ITBI (transferência de propriedades) e o IPTU (propriedade urbana) – a definição das alíquotas é facultada a cada município.

O orçamento dos municípios é composto por essas receitas próprias e pelas transferências constitucionais, estaduais e federais. As primeiras tem como princípio a devolução tributária, ou seja, os estados são obrigados a repassar para os seus municípios uma parte da sua arrecadação total com o ICMS (Imposto sobre a circulação de mercadorias e serviços) e o IPVA (Imposto sobre a propriedade de Veículos Automotores). Na esfera federal, a principal transferência constitucional regular é o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), além das transferências condicionadas, antes mencionadas.

A Figura A, elaborada por Arretche (2010), confirma a baixa arrecadação própria dos municípios brasileiros e, de novo, a dependência dos mesmos das transferências constitucionais e das condicionais universais. Consideradas apenas as receitas próprias, a arrecadação per capita desses entes federativos foi de apenas R\$ 100,00 em média, naquele período. Acrescentadas as transferências constitucionais, essa arrecadação passa para R\$ 800,00 per capita e acrescentadas a ambas as transferências condicionais universais essa arrecadação multiplica por dez, em relação à arrecadação própria isolada - ou seja, chega a R\$ 1.000,00 per capita em 2006.

**Figura A – Receita dos governos municipais por fonte  
Brasil - 1996-2006**



Fonte: Banco de Informações Municipais do Centro de Estudos da Metrópole - elaborado por Arretche (2010:599)

O gráfico mostra ainda duas informações importantes: percebe-se que o incremento do crescimento das receitas externas no período considerado é bastante maior que o das receitas próprias, as quais praticamente ficaram constantes entre 1998 e 2006; e a outra é o pouco impacto das demais transferências – aquelas não obrigatórias e/ou regulares. Essa característica do orçamento dos municípios mostra que, apesar da dependência crescente dos recursos externos, principalmente daqueles do governo central, em contrapartida significa que os prefeitos contam com recursos independentemente de seus vínculos políticos ou partidários (Arretche, 2010).

Ou seja, sendo a maior parte do recebimento das receitas determinadas por regras constitucionais, isso significa que a quase a totalidade das receitas locais não está sujeita às barganhas políticas.

Isso também acontece em Campos dos Goytacazes, mas com algumas particularidades em relação aos demais. Embora na próxima seção venhamos a explicitar melhor as características desse município e da região Norte Fluminense, protagonistas do processo de interiorização da economia do Estado do Rio de Janeiro, é importante fazermos aqui um breve atalho, à luz desse estudo de caso.

Conforme foi mencionado na introdução desse trabalho, a partir da promulgação da chamada Lei do Petróleo, em 1997, o município de Campos dos Goytacazes – RJ alcançou a elite dos municípios brasileiros - composta por um grupo de aproximadamente 25, dentre os mais de 5000 existentes -, os quais respondem por mais de 0,5% do PIB nacional. Ou seja, do ponto de vista do volume de arrecadação, esse município se posicionava no extremo oposto da maioria absoluta dos municípios brasileiros.

A Tabela B faz um comparativo entre receita própria de 12 municípios dentre aqueles do referido grupo, os quais recebem algum percentual de royalties pela exploração de petróleo em seu orçamento total. Enquanto os municípios do Rio de Janeiro - RJ e de Santos - SP representam o extremo superior desse indicador, ambos com o volume de impostos flutuando em torno de 45% do orçamento anual total, nota-se que a receita própria do município estudado atingiu o teto de apenas 6,39% das receitas no ano de 2009.

**Tabela B - Percentual da receita própria com impostos no orçamento total dos municípios mais ricos do Brasil - 2002 a 2010**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CAMPOS DOS GOYTACAZES	4,34	3,49	4,48	3,81	5,22	5,87	4,66	5,39	6,39
DUQUE DE CAXIAS - RJ	16,20	17,70	17,57	16,97	17,36	19,42	18,41	22,49	22,06
SANTOS - SP	43,66	45,77	45,55	47,20	41,94	43,63	42,41	40,93	40,24
BARUERI - SP	26,42	28,27	31,43	30,87	30,83	33,00	35,39	36,97	36,81
VITÓRIA	28,10	27,00	26,33	27,53	29,20	30,03	28,80	30,90	31,30
FORTALEZA	15,92	14,58	16,34	17,24	17,89	18,80	16,90	18,10	20,05
SALVADOR	33,39	30,39	28,86	29,40	28,11	26,11	26,36	28,82	29,86
MANAUS	19,21	18,49	19,67	20,00	21,05	22,73	20,84	21,07	20,18
RIO DE JANEIRO	39,42	40,84	39,42	43,47	44,22	43,58	45,03	45,55	42,63
BELÉM	15,30	15,45	16,42	16,55	20,48	17,50	17,42	17,98	17,51
RECIFE	28,58	29,48	26,84	27,78	25,62	27,61	26,78	27,17	28,84
CANOAS - RS	6,56	10,76	20,78	21,78	16,12	16,76	15,73	15,31	19,87

Fonte: SIOPS

Ainda que consideremos a tendência crescente dessa receita própria - em 2003 a mesma representava apenas 3,49% do total -, o crescimento de 100% no período não tem relevância alguma do ponto de vista dos efeitos da atual da capacidade fiscal do município. A diferença na evolução da receita própria entre Campos dos Goytacazes-RJ e o município de Canoas – RS confirma essa premissa. Em 2002, esses municípios apresentavam os patamares mais baixos de receita de impostos, dentre todos os municípios que respondiam por pelo menos 0,5 % do PIB brasileiro. No entanto, em 2010 o território canoense atingiu um nível de autonomia em torno de 20%, enquanto a cidade brasileira então maior produtora de petróleo alcançou pouco mais de 6%.

Dito de outro modo, embora Campos dos Goytacazes seja um dos municípios mais ricos do Brasil, sua capacidade de geração de receitas tributária próprias é muito baixa, tal como a dos demais municípios brasileiros, a maioria deles pobres, contudo. Por outro lado, não obstante ter um volume de receitas próprias diferente da dos principais municípios economicamente relevantes, como ele próprio, a composição de seu orçamento o permite ser independente a ponto de exercer seu poder de veto às principais políticas de saúde definidas pelo Ministério da Saúde,

através da opção em não aderir aos níveis mais complexos de gestão definidos pelas NOBs e NOAS.

A compreensão dessa aparente contradição passa pela explicação de Prado et all (2003:279). De acordo com esses autores, “no mundo real”, a arrecadação de cada ente federativo é dividida entre os três níveis de governo, com base em dois parâmetros: a atribuição da competência e os direitos de participação”. O primeiro determina que quem arrecada o imposto tem direito pela receita, e o segundo diz respeito a casos nos quais a um determinado ente federativo faz jus a parte da arrecadação feita por uma unidade federativa superior – sendo o repasse geralmente operacionalizado via devolução de recursos, como no caso do ICMS ou do IPVA.

Há, contudo, uma exceção, na qual Campos dos Goytacazes se encaixa. No caso de recursos gerados pelas entidades subnacionais, cuja arrecadação tem que ser feita pelo governo central, por motivos legais, é possível que o sistema tributário estabeleça uma compensação a esses entes subnacionais, na forma de repasses de parte desses recursos. Esse é o caso, por exemplo, do caso do pagamento dos royalties pela extração mineral, que beneficia também o município em tela.

Nessas situações, “estes recursos devem ser considerados como parte da receita econômica, mesmo que não possam ser arrecadados na jurisdição (Prado et ali, 2003:279). É essa peculiaridade que explica a singularidade do orçamento local, colocando o município de Campos dos Goytacazes mais próximo do extremo considerado ideal para as supostas vantagens da descentralização.

Os autores supracitados reiteram a necessidade de se estabelecer condicionamentos ao uso de alguns impostos ou transferências pelos governos locais. Não obstante, alertam que esse modelo extremo – nos quais todos os impostos são, de algum modo, locais, possibilitando que a população circunscrita possa definir tanto sua carga tributária (o que não é o caso dos *royalties*) quanto a adequação às suas demandas - são casos de federações com alto grau de cooperação e constituídas “a partir de regiões muito fortes e autônomas, com alta complementariedade e motivada por fatores não estritamente econômicos, como segurança e poder militar”(Prado et all, 2003:279), o que não é o caso da região Norte Fluminense.

Dito de uma outra forma, uma relevante ponderação feita por esses autores acerca dessa dependência das transferências<sup>15</sup> diz respeito à questão da relação entre capacidade fiscal e esforço fiscal.

Entendendo capacidade fiscal como o nível de arrecadação própria que o governo pode alcançar e esforço fiscal como o grau de aproveitamento dessa capacidade fiscal, Prado et al (op. cit.) ensinam que a relação entre essas duas variáveis deve ser considerada ao se definir o montante realmente necessário a ser transferido pelo governo central aos governos subnacionais, sob pena de iniquidade do sistema fiscal. Argumentam os mesmos que:

*“Em casos limite, deixar de considerar o nível do esforço fiscal pode levar a uma cultura de “arrecadação de transferências”, em vez de estimular o esforço fiscal próprio dos governos subnacionais. Isso pode ocorrer, em particular, em regiões mais atrasadas, naturalmente habilitadas como receptora de fluxos compensatórios e reduzir fortemente a elasticidade da receita dos impostos atribuídos aos governos locais. ( Prado et alí, op. cit.:18)”*

Nessa mesma direção, Melo (2009) alerta o fato de que do contraste ou desproporção entre capacidade de gerar e manejar recursos próprios e o grande poder de decisão na alocação desses recursos - ou seja, numa a situação na qual inexistente o vínculo entre o benefício (representado pela disponibilidade de recursos para gasto) e o custo (o ônus político e administrativo de gerar receita) -, deriva inevitavelmente problemas de responsabilização e qualidade do gasto. Esse autor considera essa possível ocorrência um dos efeitos mais perversos dentre os que podem ser gerados pela descentralização fiscal. Com efeito, essa é uma hipótese bastante provável, no caso do município em estudo (e nos municípios da região Norte Fluminense, como um todo), conforme poderá ser avaliado pelo leitor ao longo esse trabalho.

Voltando à NOB/93, e finalizando as considerações acerca dessa norma, outro aspecto importante de ser mencionado acerca da NOB/93 é que a implementação dos novos mecanismos de indução propostos pela mesma implicava na necessidade de mais recursos federais para a estados e municípios, justo em um

---

<sup>15</sup>As receitas com royalties derivados da exploração mineral são transferências governamentais federais, a título de indenização, aos Estados e municípios, não sendo classificados como receitas próprias, de acordo com a conceituação acima.

momento no qual se intensificava a crise no financiamento da saúde. (Carvalho, 2001; Affonso, 2000; Arretche, 2003; Lima, 2007). De algum modo, esse cenário contribuiu também para a baixa adesão a essa NOB, principalmente na condição semiplena. Particularmente no que tange aos municípios, a dúvida acerca da capacidade do Ministério da Saúde de efetivamente cumprir a contrapartida financeira levou ao temor de terem que assumir, sozinhos, os gastos e os ônus da responsabilidade pela gestão dos sistemas locais.

Em síntese, Lima e Viana (2007), Arretche (2005) e Affonso (2000), dentre outros, consideram a primeira parte da década de 1990 como sendo o segundo ciclo do processo de descentralização, o qual teve sua gênese na conjuntura da redemocratização dos anos 80. De acordo com esses autores, esse último ciclo, caracterizado por etapas sucessivas com diferentes características, teve como objetivo principal a indução à configuração das estruturas nos níveis de Estados e municípios, principalmente com as "habilitações" definidas pelas NOBs 01/91 e 01/93. Boa parte dos autores considera essa indução, em parte, influência do modelo centralizador anterior, o qual teria deixado como um dos legados negativos a incapacidade do nível gerencial dos níveis locais.

Fruto maduro desse processo, a NOB 01/96 foi implantada tendo como propósito, no aspecto mais amplo, fortalecer a trajetória de descentralização do SUS, retomada pela NOB 01/93. A NOB 01/96 substituiu os critérios de habilitação da NOB anterior, para os municípios, reduzindo para apenas dois níveis de gestão no âmbito municipal: a gestão plena da atenção básica (GPAB) e a gestão plena do sistema municipal (GPSM), essa última em substituição à classificação semiplena da antiga NOB/93.

No âmbito estadual, também apenas duas condições de gestão foram implantadas: a avançada e a plena. O chamado pacto de gestão, através do qual as responsabilidades dos gestores estaduais e municipais ficaram bem definidas, é considerado um dos pontos mais relevantes promovidos pela NOB 96. Essa NOB seguiu a mesma lógica da anterior, no que se refere à vinculação progressiva dos incentivos ao nível dessa responsabilidade assumida por eles.

Os gestores dos municípios habilitados na gestão plena da atenção básica (GPAB), como Campos dos Goytacazes – RJ, por exemplo - tinham menor controle sobre a gestão do sistema de saúde municipal. Do ponto de vista da organização e execução dos serviços, suas responsabilidades restringiam-se à gerência de

unidades ambulatoriais próprias e àquelas do Estado e da União, além da prestação dos serviços relacionados ao PAB (Piso Assistencial Básico, posteriormente modificado para Piso da Atenção Básica), assim como a contratação, o controle, a auditoria e o pagamento apenas desses procedimentos.

O PAB foi introduzido pela NOB/SUS 01/96, tendo como objetivos principais diminuir a dependência de recursos financeiros vinculados à produção dos serviços, ampliando as transferências de recursos financeiros com critérios per capita, estratégia mais alinhada com as orientações desejadas pelo movimento sanitário e resguardadas pela Lei Orgânica da Saúde. A Lei 8080/90 define que a metade dos recursos transferidos para estados e municípios devem ser distribuídos segundo critérios populacionais e, de forma complementar, a Lei 8142/90 determina que tais recursos baseados nesses critérios devem ser transferidos de forma automática e regular às esferas subnacionais, desde que as mesmas possuam seus respectivos Fundos de Saúde.

Autores como Lima e Viana (2007), Levcovitz, Lima e Machado (2001) e Mattos e Costa (2003) ressaltam a característica redistributiva dos recursos da saúde inaugurada pelos critérios de distribuição do PAB, inclusive no que se refere à subdivisão dessas transferências fundo a fundo em uma parte fixa e outra variável, favorecendo os municípios de pequeno porte (Mattos e Costa, 2003) - do ponto de vista orçamentário, essas novas regras de transferência acrescentaram recursos a aproximadamente 66% dos municípios brasileiros (Costa et alii, 1999).

Outros incentivos a importantes ações e programas estratégicos foram dados pela NOB/96, dentre os quais se destacam aqueles destinados à criação e à manutenção do Programa Saúde da Família (PSF), Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS), Programa de Carências Nutricionais e Assistência Farmacêutica Básica. Essa NOB também inovou ao criar financiamentos específicos<sup>16</sup> para ações de vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, sempre vinculados às normas específicas do Ministério da Saúde, apesar das transferências diretas “fundo a fundo”.

Há um relativo consenso acerca da relevância e importância – talvez um protagonismo, mesmo – da NOB/96 para o processo de implantação e institucionalização do SUS, como um todo, e para a dinâmica da estratégia

---

<sup>16</sup> Os financiamentos federais estavam vinculados à participação financeira também de estados e municípios, mediante aprovação das CIBs (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).



descentralizadora, em particular. Lima e Viana (2007), por exemplo, chegam a considerar a NOB 01/96 como representativa de um terceiro ciclo da descentralização da política de saúde no Brasil.

De fato, além de ter avançado no alcance e abrangência dos programas assistenciais, conforme mencionado, essa norma também foi ambiciosa no sentido do aprimoramento dos aspectos gerenciais e decisórios do SUS, em todas as instâncias federativas. Levcovitz, Lima e Machado (2001) elencam alguns dos principais objetivos da NOB/96 como sendo:

- i) passar integralmente aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução da atenção básica;
- ii) aumentar os repasses “fundo a fundo”, diminuindo os repasses com base na produção de serviços;
- iii) fortalecer a gestão do SUS através da consolidação das CIBs e das CITs como espaços de negociação e pactuação entre gestores;
- iv) estabelecer um vínculo mais regular entre o cidadão e o SUS, através do cadastramento e adscrição da clientela.

No entanto, em que pese as representações dos governos subnacionais terem consolidado sua participação no processo decisório do SUS, a força do governo central – leia-se Ministério da Saúde – continuou prevalecendo na definição dos rumos das políticas de saúde nacionais (Carvalho, 2001). Ao longo dos anos de 1997 e 1998 diversas portarias administrativas alteraram unilateralmente e substancialmente o conteúdo da NOB/96 (Arretche, 2005) destaca também essa autora que, mesmo ao longo do processo de formulação dessa NOB, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) enfrentaram dificuldades na correlação de forças com o Ministério da Saúde, em parte por depender da infra-estrutura do mesmo para funcionar.

Um dos pontos de maior impacto nas políticas de saúde, derivado dessas alterações unilaterais, foi o fracionamento das transferências automáticas em vários programas distintos. O propósito dessa decisão era manter a mesma lógica que orientava o processo de descentralização do SUS: fortalecer o poder indutor dessas normas. Com essa estratégia, para que o município pudesse receber integralmente

as transferências, teria que assumir a responsabilidade por diversos programas, o que significava habilitar-se em condições de gestão mais amplas e cujos objetivos se aproximavam sempre mais das diretrizes do Ministério da Saúde.

Obviamente que os municípios maiores ou com maior capacidade de implementar esses diferentes programas tinham maiores possibilidades de receber mais recursos. Uma das críticas mais contundentes a essa estratégia foi feita por Dain (2007:7), quando afirmou que a mesma, além de favorecer esses municípios específicos, faz do instrumento fundo a fundo “apenas um mecanismo contábil, reduzindo o governo local a mero receptor de recursos”.

No que se refere às prerrogativas dos municípios que se habilitaram à então gestão plena do sistema municipal (GPSS), às responsabilidades referentes à atenção básica acrescentavam-se algumas outras dentre as quais se destacava a subordinação à gestão municipal de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas, de qualquer natureza (com ou sem fins lucrativos) estabelecidas em seu território.

Ressalte-se, ainda, que a forma de pagamento da média e alta complexidade ambulatorial não se alterou apenas para os municípios habilitados na GPAB - ou seja, foi mantida a remuneração por serviços produzidos, com o pagamento feito através do Estado, direto aos prestadores. Para os municípios habilitados na GPSS, ao contrário, esses valores eram transferidos “fundo a fundo”, nos limites do teto financeiro<sup>17</sup> estabelecido para o mesmo - somente nesse caso, portanto, a vinculação desses prestadores de serviços é direta com o município, e não mais com o Estado.

Apenas reiterando, a título de contextualização, esse é um ponto importante para o presente estudo, na medida em que, tendo nesse período todas as condições para habilitar-se na Gestão Plena do Sistema de Saúde, o município de Campos dos Goytacazes optou por não fazê-lo, mantendo-se habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica, exercendo parcialmente seu poder de veto com base em sua autonomia política. A questão central que norteia esse estudo é, como dissemos, acerca das motivações para essa decisão, considerando, por premissa óbvia, que a

---

<sup>17</sup> O teto financeiro global, implementado pela Norma Operacional Básica do SUS em 1996 (NOB/SUS 96), é o montante de recursos destinados pela esfera federal a Estados e Municípios, para o custeio de todas as ações e serviços de saúde no âmbito de suas respectivas atribuições, não importa se fornecidos por prestadores públicos ou privados. Essa temática será retomada adiante, no próximo capítulo.

mesma se baseia em critérios racionais, ou seja, os bônus dessa escolha superam os ônus derivados da mesma.

Novamente reforçando o que foi dito por Arretche (2005), os municípios poderiam aderir a diferentes níveis de complexidade de gestão, ou mesmo optar por não habilitar-se em qualquer uma delas, mas o preço a ser pago era alto: manter seus serviços de saúde com recursos de seus próprios orçamentos. E essa opção era ainda mais difícil naquele contexto do fim da década de 90, tendo em vista as ações já assumidas ao longo da década por boa parte dos municípios e também em razão da crise do financiamento da saúde, a qual agravava-se cada vez mais.

Foi na questão do financiamento, aliás, talvez a maior conquista indireta derivada da força do Ministério da Saúde no início dos anos 2000. No âmbito de uma política de ajuste fiscal implementada pelo governo FHC, e no auge dos conflitos acerca da origem das fontes dos recursos para a saúde, a maior força política do ministro José Serra em relação aos seus antecessores foi determinante o sucesso do número de adesões à NOB /96 – de acordo com vários autores, em dezembro de 2000, nada menos do que 99% dos 5507 municípios brasileiros naquela época, haviam aderido a essa normativa (Levcovitz, Lima e Machado, 2001; Arretche, 2005).

Dito de outro modo, as experiências da implantação e os efeitos das NOBs 91 e 93 ao longo dos anos 90, aliado à força de um economista à frente do Ministério da Saúde no embate com o Ministério da Fazenda, deram relativa segurança ao cumprimento das contrapartidas financeiras prometidas pelo governo federal, explicando, em parte, o sucesso da implantação da NOB/96, mesmo com a possibilidade dos municípios poderem optar por não aderir a ela, em razão de sua autonomia política.

A título de síntese, e com o propósito de ilustrar importância da década de 90 para o processo de institucionalização do SUS, reproduzimos abaixo as Tabelas C e D, as quais estabelecem um breve comparativo entre as NOBs 01/91, 01/92, 01/93, 01/96, no que se refere aos municípios, contendo, respectivamente, os principais aspectos e características das mesmas e os principais avanços e dificuldades da implantação do SUS no período na década de 1990. A observância desses aspectos é de fundamental importância não apenas para a compreensão desse contexto, mas para a análise dos resultados desse trabalho.

Tabela C - Síntese e comparação dos principais aspectos relacionados às NOBs SUS 01/91, 01/92, 01/93, 01/96 para os municípios

Categorias analíticas	NOB SUS 01/91 e 01/92	NOB SUS 01/93	NOB SUS 01/96
Hierarquização da gestão segundo critérios de habilitação	Criação do “município habilitado” para o convenio	Municípios: gestão incipiente, parcial e semiplena	Municípios: gestão plena da atenção básica e plena do sistema municipal
Requisitos para habilitação	Poucos, relacionados aos dispositivos da lei 8.142, de 1990 Vinculados ao convenio de municipalização	Hierarquizados segundo condições de gestão Ênfase na disposição para municipalização de unidades  Ênfase nos requisitos de programação, controle e avaliação	Hierarquizados segundo condições de gestão; Ênfase na disposição para municipalização de unidade;  Ênfase nos requisitos de programação integrada e da garantia da referencia;  Menção dos serviços que devem compor a rede básica dos municípios habilitados
Descentralização da gestão	Municípios e estados: prestadores de serviços	Estados e maioria dos municípios: prestadores de serviços;  Municípios semiplenos: gestores do sistema municipal	Municípios em plena da atenção básica (maioria): gestores da atenção básica em seu município;  Estados e municípios plenos: gestores do sistema estadual e municipal;  Maioria dos estados: prestadores de serviços e coordenadores da PPI
Modelo assistencial	Ausente	Ausente	Forte indução federal à adoção dos modelos PACS/PSF e dos programas financiados com verba específica nos municípios.

Fonte: Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas (Levcovitz, Lima e Machado, 2001: 282-284). Adaptação parcial.

Tabela D - Síntese dos avanços e dificuldades na implementação do SUS nos anos 90

Âmbito	Aspecto-chave	Avanços	Dificuldades
Financiamento	Fontes estáveis para o setor;  Mecanismos e critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios.	Aumento da participação dos municípios no financiamento da saúde.  Aumento progressivo das transferências automáticas de recursos federais para estados e municípios.	Não implantação do orçamento da seguridade social.
Relações público-privadas	Caráter complementar do setor privado no sistema; Fortalecimento da gestão pública e da regulação do setor privado;  Consolidação do sistema público de saúde único e universal em uma lógica de seguridade social.	Aumento da oferta pública de serviços de saúde, principalmente municipal.  Aumento da capacidade gestoras em diversos estados e milhares de municípios.	Regulação ainda incipiente sobre os prestadores privados do SUS;  Multiplicação de novas formas de articulação público/privada na saúde (terceirizações, fundações etc).
Descentralização e relações entre gestores	Construção efetiva do federalismo na saúde, com definição do papel das três esferas de governo no SUS  Transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e municípios	Transparência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios  Estabelecimento das comissões intergestores (tripartites e bipartites – CITs e CIBs) como instâncias efetivas de negociação e decisão	Imprecisão e pouca clareza na definição do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema  Conflitos acentuados e competitividade nas relações entre gestores nos diversos níveis (federal-estadual -municipal, estadual-estadual-estadual, estadual-municipal e municipal-municipal)
Gestão e Organização do Sistema	Fortalecimento da capacidade de gestão pública do sistema  Expansão e desconcentração da oferta de serviços  Adequação da oferta às necessidades da população  Organização e integração da rede de serviços em uma lógica hierarquizada e regionalizada	Aumento da capacidade gestora e experiências inovadoras de gestão e organização da rede em diversos estados e municípios  Expansão efetiva da oferta de serviços para áreas até então desassistidas	Heterogeneidade da capacidade gestora entre os diversos estados e municípios  Persistência de distorções relacionadas ao modelo anterior: superposição e excesso de oferta de algumas ações, insuficiência de outras, pouca integração entre serviços
Atenção ao usuários	Universalização efetiva do acesso de todos os cidadãos brasileiros a todas as ações de saúde necessárias  Mudança do modelo de atenção  Melhoria da qualidade da atenção, satisfação dos cidadãos e efetividade das ações, com impacto positivo na saúde, da população	Ampliação do acesso em termos de população assistida e ações oferecidas pelo SUS  Experiências inovadoras de diversos estados e municípios no sentido da mudança do modelo de gestão (adscrição de clientela, vínculo, integralidade das ações)  Mudança nas práticas de atenção em várias áreas (por exemplo, saúde mental)  Expansão de estratégias de agentes comunicatórios de saúde e saúde da família em todo o país  Melhoria de indicadores de saúde em diversos pontos do país	Persistência de desigualdades no acesso  Problemas no âmbito da qualidade e resolubilidade da atenção em diversos serviços do SUS em todo o país
Controle social	Participação da sociedade nas decisões sobre as políticas de saúde  Implementação nas três esferas de governo de controle de saúde  Deliberativos envolvendo diversos segmentos sociais com 50% usuários  Controle da sociedade sobre os gestores e prestadores do SUS	Constituição de conselhos de saúde no âmbito nacional, em todas as unidades da federação e na maioria dos municípios brasileiros, com participação de usuários	Predomínio do caráter consultivo dos conselhos sobre o caráter deliberativos sobre a política, em varias situações

Fonte: Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas (Levcovitz, Lima e Machado, 2001: 282-284). Adaptação parcial.

Os anos 2000 começaram com dois importantes marcos institucionais no campo da saúde, ainda no governo FHC e com um economista no comando do Ministério da Saúde. O primeiro deles foi a aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC-29), em setembro daquele ano. A EC-29 foi resultado de intensos debates e embates acerca da falta de estabilidade do financiamento da saúde e foi considerado um grande avanço por garantir constitucionalmente tanto o comprometimento e a participação das três esferas de governo no financiamento, como também patamares mínimos de recursos em todos os âmbitos federativos (Ugá e Marques, 2005; Prado et al; 2003; Dain, 2007).

Essa emenda constitucional previa um aporte mínimo de recursos na ordem de 7% da receita com impostos, mais transferências constitucionais, para estados e municípios, no primeiro ano de vigência - percentual que subiria ano a ano até alcançar o piso de 12 % para os primeiros, e 15% para os últimos. A União participaria com um montante mínimo de 5% do total do orçamento do ano anterior, e assim sucessivamente, corrigido, contudo, pela variação nominal do PIB. Naturalmente, a real efetivação da EC-29 sofreu resistências e dificuldades.

Na área econômica federal, o Ministério da Fazenda alegava que o primeiro ano a ser considerado como referência para o percentual da União seria 1999, e não 2000, como sustentava o Ministério da Saúde – essa discordância representava, à época, algo em torno de 1,19 bilhão de reais, de acordo com Ugá e Marques(2005) - quantia que significaria a duplicação dos recursos do Programa Agente Comunitários de saúde (PACS), por exemplo. No que se refere aos 27 estados da federação brasileira, ainda de acordo com essas autoras, embora a maioria já destinasse, em 2000, pelo menos 6% dos recursos para a área de saúde, em 2001 nada menos que 17 deles não cumpriam a EC-29.

Em relação aos municípios, pelo menos num primeiro momento a EC-29 não alterou significativamente o padrão de investimento dessa esfera federativa, tendo em vista que os mesmos já vinham contribuindo majoritariamente no financiamento da saúde desde 1998 (Ugá e Marques, 2005; Dain, 2007; Lima, 2007). De acordo com essa última autora, em 2001, em torno de 63 % dos municípios brasileiros gastavam o percentual mínimo estipulado pela EC-29, percentual que chegou a 74% no ano seguinte – Roraima era o Estado com menor percentual de adesão (pouco menos de 27% dos municípios), e São Paulo o maior, com 92% deles.

Não obstante, o crescente cumprimento do percentual mínimo da EC-29 por parte dos municípios não representou uma adesão automática à regra, nem tampouco a ausência de conflitos entre a área econômica e a da saúde, mesmo no âmbito municipal. De acordo com Ugá e Marques (op.cit:221) muitos secretários de finanças adotaram como teto o piso de 15% determinado pela lei. Nas palavras dessas mesmas autoras, “no plano macroeconômico a descentralização da saúde subordinou-se à lógica “econômico-contábil”, onde os secretários de finanças entendem que a receita condiciona a despesa”<sup>18</sup>.

Mais uma vez os municípios do Norte Fluminense foram exceção à regra, em razão do peso em seus orçamentos dos recursos derivados dos royalties do petróleo. Como o montante desses recursos passou a superar o volume das transferências das esferas federal e estadual no financiamento dos serviços de saúde, Siqueira (2011:127) afirma que "aproximadamente 70%, 54%, 65% e 81% dos orçamentos dos municípios de Campos dos Goytacazes, Carapebus, Quissamã e São João da Barra, respectivamente, ficam desobrigados do cálculo percentual para aplicação em ações e serviços de saúde, já que são recursos advindos de royalties."

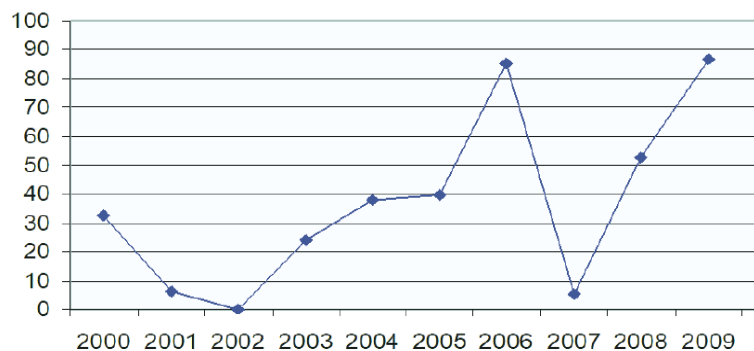
Isso ocorre porque, para os municípios, a Emenda Constitucional 29 define como receita própria para base de cálculo do percentual mínimo a ser aplicado, as receitas de impostos municipais (ISS, IPTU, ITBI), as receitas de transferência da União (Quota-parte do FPM e do ITR e da "Lei Kandir"; IRRF), receitas de transferências do Estado (Quota-parte do ICMS, do IPVA e do IPI exportação), e outras receitas correntes (dívida ativa, multas, juros de mora e correção monetária. As transferências por compensação financeira pela exploração do petróleo, portanto, não fazem parte da base de cálculo da EC-29.

O Gráfico 1 mostra a evolução do cumprimento da EC-29 pelo município de Campos dos Goytacazes - RJ. A variação percebida reflete a inconsistência da informação fiscal prestada pelo município, visto que o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) calcula o percentual com base nas rubricas informadas.

---

<sup>18</sup> Outro aspecto crítico em relação ao cumprimento dos respectivos percentuais tem a ver com a natureza das despesas que tem sido consideradas como gasto em saúde, muitas das quais bastante questionáveis.

**Gráfico 1 - Percentual de cumprimento da EC-29 pelo município Campos dos Goytacazes – RJ- 2000 – 2009**



Fonte: SIOPS

Vale aqui ressaltar que o financiamento da saúde é uma temática ampla e complexa, com diversas vertentes de abordagens e estudos e cuja análise mais específica foge ao escopo desse trabalho. Não obstante, para esse estudo partimos do consenso acerca do baixo volume do financiamento público e da incontestável necessidade de aumento dos recursos para a saúde, embora, com nosso olhar investigativo acerca do ambiente político-institucional local, e com as particularidades da região Norte Fluminense, permitimo-nos fazer nossas palavras de Arretche (2003:342), quando afirma que “a expansão do gasto e da produção dos serviços não é necessariamente expressão de melhoria do atendimento e eficiência dos serviços”.

Voltando às normativas do Ministério da Saúde, a NOAS 01/02 substituiu a NOB/96. Carvalho (2001:443) se refere à nova norma como a “NOB-2001-eufemisticamente denominada de NOAS-2001”, dizendo que a mudança na nomenclatura era tão somente uma tentativa de seus formuladores “marcarem terreno”, buscando diferenciarem se da equipe que os antecedeu, mesmo pertencendo ao mesmo governo FHC. Numa contundente crítica à mesma, aponta que o caráter recentralizador da NOB-96 consolidou-se na NOAS 2001/2002, sobretudo pelo fato de os recursos estarem “todos centralizados e fatiados”.

No que se refere às habilitações, a NOAS 01/02 criou a GPABA (Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada), em substituição à GPAB da NOB/96, e manteve a habilitação para a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Para habilitarem-se a esse nível de gestão, os municípios precisavam, dentre outros requisitos, comprovar a estruturação de um sistema municipal de auditoria e de



mecanismos de controle e avaliação, além de informar, via SIOPS, a dotação orçamentária do ano e os gastos do ano anterior.

Continuaram a fazer parte das prerrogativas dos municípios habilitados na GPSM receberem diretamente no Fundo Municipal de Saúde o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o mesmo e gerir todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares de seu território, tanto as públicas como as privadas. Campos dos Goytacazes só começou a implantar o seu sistema de auditoria em 2007, e se manteve, por anos, sem qualquer interesse em relação às informações para o SIOPS e, por consequência, por assumir a gestão plena de seus serviços de saúde.

Partindo do pressuposto de não ser racional a recusa do controle de recursos disponíveis, nem tampouco, por livre opção, deixar esses recursos sob o controle de outro ente federativo, que em boa parte do período era comandado por um inimigo político, um dos objetivos específicos desse presente estudo é entender porque o município de Campos dos Goytacazes – RJ optou por não assumir a gestão plena do seu sistema de saúde, no âmbito da vigência das habilitações das NOBs/ NOAS, mesmo tendo condições para alcançar o cumprimento das exigências para isso.

No mês de setembro de 2014, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº2023, a qual passou a definir os municípios (e o Distrito Federal) como os responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica. Nessa direção, extinguiu a condição de Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada conferida aos municípios que cumpriram os requisitos da NOB SUS 01/96 e da NOAS SUS 2002, suspendendo obviamente novas habilitações nestas formas de gestão.

Os municípios até então habilitados nas condições de gestão mencionadas, bem como os municípios habilitados em Gestão Plena de Sistema Municipal conforme a NOB SUS 01/96 e NOAS SUS 2002, continuaram responsáveis pela gestão básica, e recebendo fundo a fundo os recursos referentes a essas ações sem qualquer vinculação à habilitações. Os municípios que ainda não eram habilitados em nenhum nível de gestão das NOBs anteriores tiveram um prazo de seis meses para assumirem a gestão de todos os serviços da atenção básica.

Contudo, não muito tempo depois, em 2006, a Portaria nº 399 do Ministério da Saúde veio implementar um amplo conjunto de reformas institucionais do SUS, o

qual foi denominado Pacto pela Saúde. Essa nova diretriz para as políticas de saúde nacionais era composta por três blocos de prioridades – o Pacto pela Vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS - cujos objetivos e metas eram articulados e integrados entre si – e pactuados entre as três esferas de governo – como pressuposta condição necessária para o alcance dos propósitos fundamentais do SUS, especialmente no que se refere à integralidade da atenção e à ampliação do acesso.

O Pacto pela Vida, por um lado, reafirmava algumas diretrizes que já vinham sendo dadas às políticas de saúde, reiterando o aspecto sanitário como prioridade para as três esferas de governo, e consolidando ainda mais a estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica. Por outro, inovava com a elaboração e a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde, cuja proposta central era estimular a adoção de hábitos saudáveis, da prática de atividades físicas regulares e combate ao tabagismo, por exemplo.

Também era proposta central do Pacto pela Saúde a responsabilização dos gestores das três esferas federativas. Não por acaso a formalização da adesão a esse instrumento passou a ser feito pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, por todos os gestores do SUS, termo esse que passou a substituir todo o processo de habilitação até então vigente e definido pela NOB/96 e pela NOAS 01/02. O objetivo do Pacto de Gestão do SUS era bastante claro: desburocratizar os processos normativos e promover um “choque de descentralização”, com o objetivo de fomentar um modelo de gestão compartilhada do SUS, sem a concentração de atribuições no Ministério da Saúde.

Talvez em parte influenciado pelo momento político brasileiro, o Pacto pela Saúde tinha como propósito a repolitização da saúde, através de estratégias que buscavam retomar as bases do movimento da Reforma Sanitária brasileira. Esse objetivo é mencionado de forma explícita nas diretrizes do Pacto em Defesa do SUS, o qual também define como ações a serem implementadas “o estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS, e a ampliação e o fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania”.

Lima e Viana (2007:48) consideram o Pacto pela Saúde como um ponto de inflexão nas relações federativas do SUS, pela ênfase na cooperação intergovernamental através do fortalecimento da pactuação política entre as esferas.

Sugerem, inclusive, que o Pacto seja a gênese de um novo ciclo do processo de descentralização, "ao buscar maior coerência e aproximação entre os conteúdos do território e as lógicas do sistema de descentralização".

Conforme introduzido anteriormente, em 2008 o município de Campos dos Goytacazes assinou o Termo de Compromisso de Gestão<sup>19</sup>, implantando-o efetivamente a partir do mês de outubro de 2009. Vale destacar como ponto bastante positivo do Pacto pela Saúde o estabelecimento de duas metas estratégicas para os municípios: a contratualização de todos os prestadores de serviço e a colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação, elementos bastante críticos no caso em estudo, como poderá ser visto a partir do próximo capítulo.

Em suma, em que pesem as muitas críticas às NOBs/NOAS, essas normas abriram caminho para a implementação de critérios que viriam, de uma forma ou de outra, nortear para outro rumo a trajetória do sistema de saúde brasileiro. Naturalmente que a operacionalização das normas não se dá de forma automática, nem tampouco transforma de uma hora para outra os aspectos históricos e culturais que definiram até então as "regras do jogo" (North, 1995), as quais até hoje influenciam o processo de implementação e estruturação do SUS, tanto ou mais do que as regras formais. Noutras palavras, como dizem Levcovitz, Lima e Machado (2001: 273), é importante ter sempre em mente que não se deve "pretender que esse tipo de instrumento dê conta dos diversos problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro".

Finalizamos essa seção fazendo uma pequena síntese de alguns elementos importantes para a fundamentação desse estudo, com base nas premissas de Lima (2007:122-123). Segundo essa autora, a participação das três esferas de governo no financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS podem ser analisado considerando quatro dimensões fundamentais:

- i) o aporte de receitas tributárias para a saúde (origem e peso das diversas fontes de financiamento para o setor) – constatou-se a dependência

---

<sup>19</sup> Tal adesão implicou, dentre outras coisas, na exigência da contratualização dos prestadores privados, incluindo os hospitais filantrópicos – resultando em maior grau de regulação e controle do sistema local, e no repasse direto dos recursos federais do SUS, até então intermediados pelo Estado, alterando ainda que apenas formalmente, a lógica alocativa de recursos até então vigente, como será visto ao longo desse trabalho.

dos municípios brasileiros das transferências constitucionais de outras esferas, principalmente a federal, sendo baixa a capacidade tributária dos mesmos. Constatou-se também a importância dessas transferências tanto para o aumento da renda per capita quanto para a redução das desigualdades entre os mesmos. Por outro lado, os municípios são os entes federativos que mais aplicam dinheiro na saúde.

- ii) a responsabilidade sobre o gasto público em saúde – os municípios brasileiros são os executores das políticas de saúde nacionais.
- iii) o subsistema de transferências intergovernamentais do SUS (mecanismos, critérios e condicionantes utilizados) – as transferências regulares condicionadas vincularam o repasse dos recursos ao cumprimento das diretrizes e metas estipuladas pelo Ministério da Saúde, dando às NOBs/NOAS - instrumentos normativos da descentralização do SUS –um caráter indutor característico de políticas reguladas.
- iv) a autonomia (graus de interferência/liberdade) para utilização das receitas exclusivas da saúde – consequência da predominância das transferências vinculadas, tornou os municípios – na visão de alguns autores – meros executores das políticas do governo central. Noutras palavras, a dependência dos recursos federais e a vinculação dos mesmos à adesão às NOBs/NOAS tornaram quase inócua a autonomia política dos municípios, a qual propiciaria a possibilidade do poder de veto às políticas centrais e a real efetivação da estratégia de descentralização desejada para o SUS.

### 1.3 - A era do petróleo: continuidades e mudanças na região Norte Fluminense e em Campos dos Goytacazes - RJ

A última seção desse capítulo tem como propósito fazer uma breve abordagem da região Norte Fluminense e do município de Campos dos Goytacazes com o objetivo de pontuar três aspectos importantes para a compreensão desse estudo: o primeiro diz respeito ao crescimento exponencial do orçamento dos municípios dessa região, em razão da arrecadação com os royalties do petróleo – uma das consequências diretas desse fenômeno foi uma da renda per capita, nesses municípios, muito superior à media nacional.

O outro fator importante de ser destacado é o peso que passou a ter as receitas com royalties do petróleo, nos orçamentos desses referidos municípios. Tanto quanto a dependência desses recursos, a instabilidade - política e econômica - dessa fonte de receitas é uma variável crítica para a região, cenário agravado pelas questões geográficas, face ao deslocamento de parte da área produtiva para o litoral paulista, em razão do pré-sal.

Finalmente, necessário se faz ressaltar uma especificidade do desenvolvimento econômico regional/local, que é a concentração de poder econômico e político dos Prefeitos locais, os quais controlam esses orçamentos vultosos – e que cresceram geometricamente no período definido nesse estudo -, dispondo de grande autonomia sobre esses recursos e num ambiente de baixo controle social. Com efeito, essa é uma variável fundamental nesse trabalho, na medida em que a mesma foi determinante para as decisões alocativas e políticas em Campos dos Goytacazes (como optar por não habilitar-se na então gestão plena de seu sistema de saúde) e nos demais municípios- impactando na (não) regionalização da saúde, como será comentado adiante.

Campos dos Goytacazes- RJ é o maior município da região Norte do Estado do Rio de Janeiro, em território e em população, ocupando uma área de 4.026.712 Km<sup>2</sup>, onde se distribuem 468.087 habitantes, com uma densidade populacional de 115,16 hab/Km<sup>2</sup>. Foi elevada à categoria de cidade em 28 de março de 1835 e sempre teve muita importância no cenário nacional pela sua poderosa aristocracia agrária, surgida através da atividade açucareira, influenciando enormemente na política e no poder do Império (IBGE, 2011).

A história de Campos também é rica em importantes acontecimentos políticos. O município foi a primeira cidade da América Latina a ter iluminação elétrica no século XIX e um dos primeiros do Brasil a embarcar voluntários para a guerra do Paraguai, além de ter tido papel relevante no movimento abolicionista. Vários campistas governaram o estado do Rio de Janeiro, como Nilo Peçanha, eleito pela primeira vez para o período de 1903 a 1906 e, pela segunda vez, de 1914 a 1917. Nilo Peçanha foi eleito vice-presidente do Brasil e assumiu o mandato, de 1909 a 1910, com a morte de Afonso Pena.

Do ponto de vista econômico, a instalação do primeiro engenho de açúcar na região, em 1652, marcou o início dessa importante atividade econômica para cidade e para a região norte do estado do Rio de Janeiro. Ao longo do século XIX o município atingiu grandes progressos, alavancados pelo ciclo do açúcar, constituindo com isso uma nobreza rural - com barões, viscondes, condes, comendadores, fidalgos, etc -, sendo prestigiada pelo Imperador D. Pedro e sua família em várias ocasiões<sup>20</sup>.

Esse prestígio político e econômico continuou durante boa parte da República, período no qual a cidade manteve sua relativa importância na economia estadual e nacional em função da excelente posição que desfrutava em relação aos mercados consumidores. Por isso, como diz Crespo (2003:241), "a sua localização e crescente pujança econômica vão ajudar a construir, desde o século XVIII, um discurso que iria marcar as elites da região até os dias atuais".

De acordo com Moraes (2007), a cadeia agroindustrial sucroalcooleira foi uma das mais controladas administrativamente pelo Estado brasileiro. A gênese da vertente econômica desse processo interventor está na grande crise de 1929, a qual obviamente afetou também a agroindústria do açúcar (Moraes, 2007; Bray, Ferreira e Ruas, 2000; Pessanha e Neto, 2004; Pinto, 2007). O país perdeu importante parcela do mercado exterior, passando a necessitar deslocar o açúcar produzido para o mercado interno, principalmente açúcar nordestino, distante do principal mercado nacional – o Centro-Sul (Bray, Ferreira e Ruas, 2000).

Nesse cenário econômico, e no contexto interno de um Estado centralizador, o controle e a intervenção na política açucareira e alcooleira nacional, passaram a estar no âmbito das grandes decisões nacionais. O marco inicial e principal dessa intervenção foi a criação do Instituto do Açúcar e do Alcool (IAA), em 1933 (Moraes,

---

<sup>20</sup><http://www.cadecampos.com.br/article/historia-e-cultura-de-campos-dos-goytacazes.html>

2007; Bray, Ferreira e Ruas, 2000; Pessanha e Neto, 2004; Pinto, 2007). Vinculado inicialmente ao Ministério da Agricultura – passando posteriormente a Ministério da Indústria e do Comércio –, o IAA foi instalado como uma autarquia do governo federal (Bray, Ferreira e Ruas, 2000), tendo como função central regular o mercado interno Moraes (2007)<sup>21</sup>.

Nesse sentido, uma das ações estratégicas implementadas foi incentivar a produção de álcool-motor. A possibilidade de investir em um combustível tipicamente nacional<sup>22</sup> poderia ser uma solução para o problema da transformação do excesso de produção nacional de açúcar e, ao mesmo tempo, diminuir a dependência brasileira do petróleo (Bray, Ferreira e Ruas, 2000). Assim, sob a tutela do IAA, ainda na década de 1930 foram implantadas as três primeiras grandes destilarias centrais de álcool no Brasil, sendo uma delas em Campos dos Goytacazes - RJ.

A partir daí começa a relação desse município com o da trajetória da política energética brasileira, particularmente em relação aos combustíveis, a qual se estreitará continuamente até consolidar sua hegemônica posição na produção de petróleo. É exatamente essa importância na política energética nacional álcool e petróleo que logrará manter a posição de Campos dos Goytacazes - RJ como um importante *player* econômico no cenário nacional, tendo sempre o Estado como elemento indutor e interventor.

Para a instalação dessas destilarias centrais de grande porte para a produção e desidratação do álcool combustível, por exemplo, o IAA assumiu também o papel de financiador direto e/ou avalista das cooperativas, sindicatos, empresas e produtores de cana-de-açúcar, além de se responsabilizar diretamente pela instalação e manutenção das bombas de álcool-motor nos postos de gasolinas (Bray, Ferreira e Ruas, 2000).

---

<sup>21</sup>O IAA foi o órgão direcionador da cultura canavieira e da produção açucareira e alcooleira até a sua extinção, no início dos anos 90. Através dele o governo estabelecia a produção (incluindo fixação de cotas de produção de açúcar e de álcool para cada unidade industrial), se encarregava da comercialização dos produtos (ditando os preços da tonelada da cana, do açúcar e dos combustíveis, e determinando os respectivos compradores e vendedores para o álcool combustível), além de ser o responsável por toda a exportação do açúcar e de álcool. Paralelamente, era através, ou com o aval, dessa mesma autarquia que uma vantajosa política de financiamentos e subsídios foram dados a esse setor, os quais, sob as mais variadas justificativas, perduraram até o fim da década de 80 (Pessanha e Neto, 2004).

<sup>22</sup>As primeiras experiências brasileiras com a utilização do álcool como combustível aconteceram na década de 1920, cidade de São Paulo, especificamente na Escola Polythécnica, em 1922, e em Pernambuco, onde em 1927 foi fundada a Cooperativa do Álcool Motor, culminando na criação do Programa Nacional do Álcool (PROÁLCOOL), em 1975, cujo principal objetivo era o implemento da produção de álcool para veículos automotivos (Bray, Ferreira e Ruas, 2000).

O controle do setor sucroalcooleiro pelo governo, através do IAA, alternava políticas que flutuavam para o incentivo maior ou menor da produção de álcool, de acordo com as demandas dos mercados externo e interno de açúcar. A política que orientou o desenvolvimento da agroindústria canavieira no Brasil, na década de 1960, por exemplo, teve por objetivo o incremento das exportações de açúcar e a ampliação do parque industrial e das lavouras de cana.

No final dos anos 60, os municípios de Campos, complementado por Macaé (Quiçamã e Carapebus) e Conceição de Macabu, apresentavam uma agro-indústria açucareira expressiva, mantendo dezesseis usinas em pleno funcionamento, com aproximadamente 200.000 hectares de cana de açúcar cultivados. Contudo, há de se ressaltar o fato de que, enquanto o interior fluminense continuou a preservar a dependência total das políticas de Estado para o setor, os produtores do interior de São Paulo vislumbravam o fim dos subsídios, em algum momento, aproveitando para investir em pesquisas e tecnologia, visando a produtividade e a qualidade do produto, com foco nas demandas do mercado nacional e internacional.

A transcrição das palavras de Silva e *Carvalho* (2004:63-64) ilustra bem os resultados das diferentes direções que tomaram os produtores do interior do Estado do Rio e aqueles do interior do Estado de São Paulo:

*"Já a partir do final dos anos 1950, muitas usinas campistas começaram a ser adquiridas por usineiros do Nordeste. São Paulo conquistara espaço no mercado sucroalcooleiro nacional e internacional, o que contribuiria para transformá-lo no maior produtor nacional de açúcar e em um dos maiores do mundo. Campos dos Goytacazes começara, então, a sofrer a influencia competitiva de outros Estados, e perdia a importante fatias de mercado no setor interno da economia brasileira. A perda de dinamismo da produção açucareira regional resultava da defasagem tecnológica, da gestão ineficiente dos recursos produtivos e da baixa produtividade das lavouras de cana do Norte Fluminense. (...) A indústria da região especializou-se na produção do açúcar cristalizado, ou seja, com baixo nível de processamento e, portanto, com menor valor agregado, atendendo a nichos específicos de mercado, como indústrias de refrigerantes e panificação. O açúcar refinado, produzido sobretudo em São Paulo, passou a competir diretamente com o açúcar cristalizado produzido na região, ganhando a preferência do consumidor. Por outro lado, São Paulo e alguns estados produtores do Nordeste brasileiro detinham a preferência do IAA na obtenção de incentivos e financiamentos, tendo em vista que grande parte da produção açucareira desses estados atendia ao mercado internacional"*



Contudo, as atenções do governo federal voltaram-se novamente para a produção de álcool combustível na década de 1970, motivada pela grande crise do petróleo, em 1973. Como dizem Piquet (2003) e Cruz (2005), se por um lado o alto do preço do petróleo serviu para alavancar a indústria desse mineral, a partir da descoberta de grandes reservas na Bacia de Campos, por outro foi exatamente esse o motivo utilizado para justificar nova ajuda estatal ao setor industrial sucro-alcóoleiro, política essa materializada através do Programa Nacional do Álcool – Proálcool<sup>23</sup>.

Por meio desse programa, fartos subsídios - grandes recursos e com diferenciadas condições de financiamento, os quais quase nunca eram pagos por completo - foram novamente disponibilizados aos produtores e às indústrias do setor (Piquet 2003, Cruz, 2005), reeditando os contextos anteriores nos quais se potencializou o setor sucro-alcóoleiro, subsidiado pelo Estado.

Bray, Ferreira e Ruas (2000), concordam com esses autores, ao dizerem que com a criação do Proálcool, o Estado resolveu tanto o problema dos usineiros e dos fabricantes de equipamentos, com dívidas junto ao Fundo Especial de Exportação e ao Programa de Racionalização da Indústria Açucareira - ambos endividamentos fruto de empréstimos e/ou subsídios avalizados pelo próprio governo, como incentivo às políticas dos anos 60 para o setor.

Paralelamente a esse cenário, no contexto dessa grande crise internacional do petróleo, foi descoberto, em 1974, um amplo lençol petrolífero no campo de Garoupa, na plataforma continental da Bacia de Campos dos Goytacazes<sup>24</sup>. O peso da descoberta dessa reserva mineral extrapolou o campo econômico, especialmente porque, além de acenar com a provável diminuição das importações de petróleo<sup>25</sup>, esse evento também viria a inserir o Brasil no centro geopolítico da produção energética mundial.

---

<sup>23</sup>O PROÁLCOOL foi um programa federal, administrado pelo Ministério da Indústria e Comércio que nasceu com o objetivo de reduzir a dependência do País em relação ao petróleo importado, e acabou por contribuir para o Brasil deter o domínio da tecnologia da produção dos carros a álcool - e mais recentemente do carro bicombustível - levando o Brasil a ser internacionalmente reconhecido pelo pioneirismo em desenvolver a produção e uso em larga escala de um combustível renovável, produzido a partir da cana-de-açúcar, com alta eficiência energética e com os menores custos de produção do mundo.

<sup>24</sup> A Petrobrás foi criada em 1953 e, segundo Monié (2003), desde o final da década de 50 a estatal vinha prospectando petróleo, mas somente uma década depois é que começou a dominar a tecnologia de exploração *off shore*, voltando-se para os campos petrolíferos encontrados na região Norte Fluminense.

<sup>25</sup> Especulava-se, à época, que as reservas encontradas teriam um potencial produtivo equivalente ao da Arábia Saudita, fato esse o que poderia representar a autossuficiência na produção de petróleo, hipótese que veio a ser confirmada na primeira década dos anos 2000. Como bem disse Crespo (2003), a necessidade de produzir petróleo ganhava uma importância política.

Dessa forma, e estimulado pelo preço do petróleo no mercado internacional, o desenvolvimento intensivo da indústria do petróleo teve início logo a seguir a essa descoberta, em 1977. As estratégias para o setor energético, assim como seus objetivos, naturalmente não fugiram à regra da concentração de poder de decisão nas mãos do Estado, e foram definidas em função dos “interesses nacionais”, “que tinham como diretriz central transformar o Brasil em uma potência emergente no final do século” (Piquet 2003:223).

Foi, portanto, naquele cenário centralizador e nacionalista que se deu a gênese do mais importante ponto de inflexão na mudança da estrutura produtiva da região norte do Estado do Rio de Janeiro como um todo, e especialmente do município de Campos dos Goytacazes - RJ, até então concentrada na monocultura da cana de açúcar. Essa mudança, que pouco a pouco viria a consolidar-se definitivamente nas décadas seguintes, colocou essa região no centro do cenário energético nacional.

Noutras palavras, em que pese ter tido no passado considerável relevância econômica, por conta do setor sucro-alcooleiro, foi o petróleo que levou a região Norte Fluminense a despertar grande interesse no cenário nacional, pela relevância que passou a ter no contexto econômico brasileiro, a partir da década de 90. Foi também a partir desse período que se desenhou toda a lógica dos elementos que destacamos nessa seção, os quais fizeram dessa região um caso singular, em razão da dinâmica econômica e política que resultante do crescimento exponencial das receitas com royalties e participações especiais, derivadas da exploração do petróleo.

Antes, porém, é importante passarmos brevemente pelos eventos que deram origem a essa dinâmica, em particular a Lei 9478 de 6 de agosto de 1997, a qual ficou conhecida como a Lei do Petróleo. Para tal, tomaremos como referência o Quadro 1, elaborado por Serra e Patrão (2003), o qual oferece uma síntese das mudanças das legislações e das alíquotas de distribuição dos royalties. Contudo, tanto quanto observar esses dados, nosso propósito é destacar a participação das esferas federativas nessa distribuição, ao longo do tempo, culminando com o protagonismo dos municípios no modelo vigente, gênese de toda essa configuração regional.

Autores como Leal e Serra (2003) e Serra e Patrão (2003) afirmam que o atual modelo de distribuição de royalties tem forte influência do modelo federativo

vigente, muito embora parte das regras preceda à promulgação da Constituição de 1988 – desde o período de redemocratização, portanto. É bem verdade que a Lei do Petróleo não inaugurou o repasse desse tipo de receitas aos entes subnacionais. A Lei 2004/53 (a qual foi revogada pela chamada Lei do Petróleo), estabelecia o repasse para Estados e Municípios, na ordem de 4% e 1%, respectivamente. A diferença é que em 1953 só existia produção *onshore*.

Esses recebimentos, contudo, não foram contínuos, pois no período militar, foram editados dois Decretos-lei que vieram a alterar a lógica “localista” então vigente. Ambos os decretos centralizavam na União o recebimento das receitas com royalties, a diferença era a destinação das mesmas – o primeiro destinava-as ao Departamento de Produção Mineral e ao Ministério da Educação, meio a meio; e o segundo concentrou todo o repasse no Conselho Nacional de Petróleo, sob a justificativa de formar um estoque de segurança de combustíveis, no auge da crise do petróleo de 1973.

Somente a partir da Lei 7453/85 é que os municípios e estados voltaram a receber royalties, agora também sobre a produção *offshore*. Os critérios de repartição também foram alterados desde então, assim como os conceitos sobre os quais essa divisão se fundamenta – os dois são principais são o de região econômica e o de extensão de limites territoriais na plataforma continental. Não nos aprofundaremos aqui nessa temática, embora bastante interessante e polêmica, a fim de nos concentrarmos nos três eixos focados nessa seção.

Não obstante, é importante destacar que esses conceitos tem sido objeto de muitas críticas, como as que fazem Serra e Patrão (2003:185) ao dizerem que os mesmos “são, em grande parte, reflexo de um evidente determinismo físico, que elege as localidades beneficiárias de royalties em função de sua proximidade com poços ou campos petrolíferos, e não em virtude dos efetivos impactos desta indústria sobre o território”.

Quadro 1 - Síntese das principais modificações ns normas que regulam a cobrança e distribuição dos royalties no Brasil

Normas	Alíquota	Distribuição offshore (plataforma continental)	Comentários
Lei 2.004 de 03/10/53 (Lei de criação da Petrobrás)	5%	-	Os royalties não incidiam sobre a produção offshore ainda inexistente. A Alíquota de 5% incidia sobre a produção onshore cuja repartição se dava na prporção 4% para os estados e 1% para os municípios onde se realizava a exploração.
Decreto -lei 523 de 08/04/69	5%	- 2,5% ao Departamento Nacional de Produção Mineral (DNPM); - 2,5% ao Ministério da Educação e Cultura (MEC).	É estendida a incidência de royalties sobre a produção offshore contudo, estados e municípios não eram beneficiados.
Decreto-lei 1.288, de 01/11/1973	5%	- 5% ao Conselho Nacional do Petróleo (CNP).	Os recursos dos royalties destinados ao CNP tinham como meta a formação de estoques de combustível com o objetivo de garantir segurança e a regularidade da geração de energia no Primeiro Choque do Petróleo.
Lei 7.453, de 27/12/85	5%	- 1,5% aos estados confrontantes com poços produtores; - 1,5% aos municípios confrontantes e suas respectivas áreas geoeconômicas; - 1,0% Ministério da Marinha; - 1,0% ao Fundo Especial.	Os recursos destinados ao Fundo Especial deverão ser distribuídos entre todos estados e municípios da Federação.
Lei 7.525, de 22/07/86 (Regula a Lei 7.453)	5%	Inalterada	Especifica os conceitos de região geoeconômica e de extensão dos limites territoriais na plataforma continental. Esses conceitos são aplicados até hoje.
Decreto 93.189, de 29/08/86	5%	Inalterada	Regulamentou o traçado das linhas de projeção dos limites territoriais dos estados, territórios e municípios a ser utilizado pelo IBGE para definição dos poços confrontantes. Ver Figura 1.
Lei 7.990, de 28/12/89 e Decreto 01, de 11/01/91	5%	- 1,5% aos estados confrontantes com poços; - 1,5% aos municípios confrontantes com poços e suas respectivas áreas geo-econômicas; - 1,0% Ministério da Marinha; - 0,5% ao Fundo Especial; - 0,5% aos municípios onde se localizam instalações de embarque e desembarque de petróleo e gás natural.	Altera a distribuição dos royalties em terra e na plataforma continental. Os recursos destinados ao Fundo Especial devem ser distribuídos entre todos os estados e municípios da Federação, na razão de 80% para os municípios e 20% para os estados;
Lei 9.478, de 06/08/97 (Lei do Petróleo) e Decreto 2.705, de 03/08/98 (Decreto das Participações Governamentais)	Entre 5% e 10%	Até 5% distribuídos segundo Lei 7.990/89 e o Decreto 01/91. Parcela excedente a 5% distribuída na forma seguinte: - 25,0% ao Ministério da Ciência e Tecnologia; - 22,5% aos estados confrontantes com Campos; - 22,5% aos municípios confrontantes com Campos; - 15,0% ao Comando da Marinha; - 7,5% ao Fundo Especial; - 7,5% aos municípios afetados por operações de embarque e desembarque de petróleo e gás natural definidas pela ANP.	A lei 9.478/97 é a que aprova a quebra do monopólio da exploração pela Petrobrás e cria a Agência Nacional do Petróleo (ANP). O controle dos royalties e de sua distribuição passa a ser de responsabilidade da ANP. A alíquota é de no mínimo 5% podendo alcançar até 10% em função da rentabilidade dos campos petrolíferos, de acordo com determinação da ANP. A Alíquota média dos campos na plataforma continental é de 9,8% (média poderada). A alíquota mínima de 5% é distribuída de acordo com a Lei 7.990/89 e o Decreto 01/91. A alíquota excedente a 5% é distribuída de acordo com a Lei 9.478/97 e o Decreto 2.705/98.

Fonte: Impropriedades dos critérios de distribuição dos royalties no Brasil (Serra e Patrão, 2003: 196).

Mas as críticas mais contundentes são acerca dos critérios de utilização dos royalties - ou da falta de contrapartidas para a utilização dos mesmos. Serra e Patrão (op.cit) explicam que tais critérios foram se tornando cada vez mais fluidos, durante a década de 80: A referida Lei 7453/85 dizia apenas que os recursos deveriam ser usados “preferencialmente” em energia, pavimentação de rodovias,

abastecimento e tratamento de água, irrigação, proteção ao meio ambiente e saneamento básico.

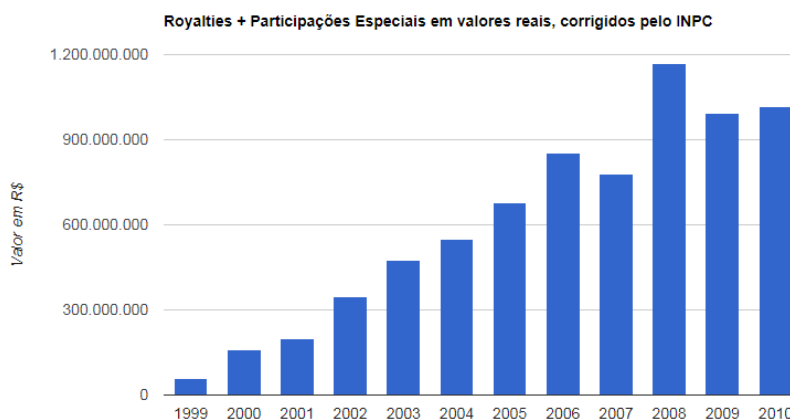
Ainda de acordo com esses autores, a Lei 7525/86 substituiu o termo “preferencialmente” por “exclusivamente”. No entanto, poucos anos depois, a Lei 7990/89 eliminou todas as vinculações, substituindo-as pela vedação à utilização para o pagamento de dívidas e no quadro permanente de pessoal (apenas o permanente), regra referendada pela Lei do Petróleo. Além disso, não há em toda a legislação que envolve a aplicação dos *royalties* qualquer menção ou vinculação a algum órgão de controle social, para fiscalizar e/ou participar das decisões alocativas desses recursos.

Seria desnecessário dizer que essa liberdade na utilização dos recursos é um risco à efetividade de sua utilização, não fosse imperativo afirmar que esse fator é um dos pilares dos arranjos que moldaram a configuração do ambiente político-institucional local. Dito de outra forma, tanto ou mais que o volume expressivo de recursos gerados por essa fonte de receita, a inexistência de parâmetros de utilização e de controle dos *royalties* foi determinante para delinear as escolhas políticas e as decisões alocativas no período estudado.

De qualquer modo, todos esses critérios e regras foram definidos quando a “redemocratização política e a descentralização fiscal constituíam as principais palavras de ordem do cenário político nacional” (Leal e Serra, op.cit:178) sugerindo esses autores que a regulamentação da distribuição dos *royalties* “pegou carona” nesse contexto. Ou, como disseram Serra e Patrão (op.cit: 211), “o pagamento desses recursos aos municípios deve-se muito mais aos traços e tensões de nosso federalismo fiscal do que a qualquer outro argumento atrelado à lógica de atuação específica do ramo petrolífero”.

Isso posto, voltemos aos tópicos que desejamos resumidamente abordar nessa seção. Campos dos Goytacazes era, no período desse estudo, o maior arrecadador de *royalties* e participações especiais, em termos absolutos, porque quase todos os campos de produção de óleo mineral e gás estão localizados nos critérios geográficos que definem as repartições geográficas. O Gráfico 3 comprova essa afirmação, mostrando que, partir de 1999, esse município teve um crescimento exponencial de sua arrecadação com essa receita. Entre os anos de 1999 e 2008, o município sua receita com *royalties* salta de pouco mais de 57 milhões para quase 1,2 bilhão de reais.

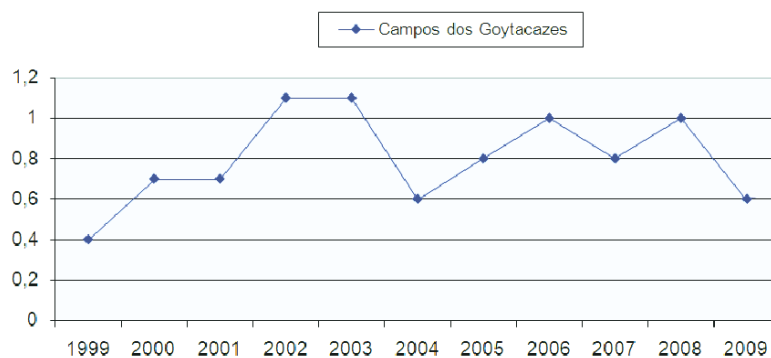
**Gráfico 3 - Evolução da arrecadação do município de Campos dos Goytacazes-RJ com royalties e participações especiais da exploração de petróleo (1999-2010).**



FONTE: Inforoyalties (inforoyalties.ucam-campos.br).Valores corrigidos pelo INPC (out/17)

Esse fenômeno colocou Campos dos Goytacazes–RJ no seleto grupo de aproximadamente 25 municípios brasileiros que são individualmente responsáveis por pelos menos 0,5% do PIB nacional (IBGE, 2011). O Gráfico 4 mostra que o maior município da região Norte Fluminense chegou a responder por mais de 1 % de toda a riqueza nacional. Em valores absolutos, a arrecadação com royalties e participação especial coloca Campos dos Goytacazes - RJ, desde 2006, como um dos 47 municípios brasileiros com orçamento anual na casa do bilhão de reais. (ATM, 2012).

**Gráfico 4 - Evolução da participação do município de Campos dos Goytacazes-RJ no PIB brasileiro- 1999-2009**



Fonte: IBGE

Esse crescimento exponencial dessas receitas foi a lógica que delineou a realidade da maior parte dos demais municípios da região Norte Fluminense, além

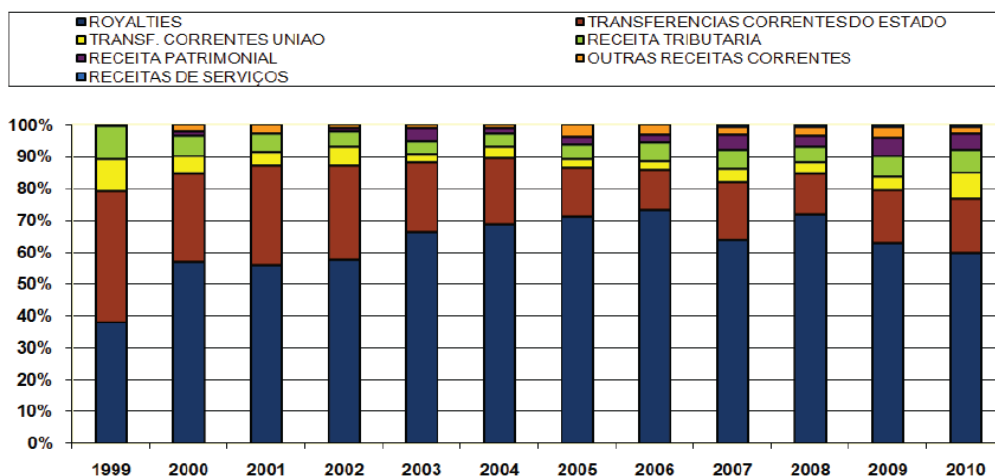
de outros da chamada Região dos Lagos (Cabo Frio, Buzios, Arraial do Cabo, dentre outros), como é possível ser visto no Quadro 2, logo a seguir. Pelo menos duas consequências devem ser destacadas nessa trajetória.

A primeira é o peso que essa receita passou a ter no orçamento dos municípios, resultando na dependência dos mesmos em relação à atividade extrativa do petróleo - o mesmo quadro também ilustra bem essa afirmativa. Nota-se que o município de São João da Barra chegou a ter, no ano de 2008, mais de 80% de sua receita derivada dos royalties - numa média, o grau de dependência desse município fica próximo ao de Quissamã, em torno de 67%.

Dois casos servem como exemplos da dinâmica da região petrolífera do interior do Estado do Rio de Janeiro, nesse sentido: num patamar extremo, está o caso de Campos dos Goytacazes, em relação a Macaé, os dois mais relevantes municípios da região, do ponto de vista de seus portes. Apesar de ambos terem um alto grau de dependência dos royalties (maior em Campos dos Goytacazes), por outro lado há grande diferença entre eles, no que se refere ao dinamismo econômico e do perfil dessa dependência.

Os gráficos 5, 6 e 7 explicam parte dessa lógica. O Gráfico 5 mostra a composição da receita maior município da região Norte Fluminense, o qual, como dissemos, chegou a responder por mais de 1% de toda a riqueza nacional e que a receita com os royalties do petróleo chegou a representar quase 70% do seu orçamento total.

**Gráfico 5 - Evolução da composição da receita do município de Campos dos Goytacazes- RJ 1999 a 2010**



Fonte: Tribunal de Contas do Estado do RJ

Quadro 2 - Relação percentual e recursos de royalties e participações especiais (RR) sobre a receita total (RT) - Municípios da Região Norte Fluminense - 1999 a 2008

		Campos dos Goytacazes**	Carapebus*	Conceição de Macabu*	Macaé*	Quissamã*	São Fidélis**	São Francisco do Itabapoana**	São João da Barra**
RT	1999	155.631	13.983	8.493	92.774	31.285	14.169	15.095	18.564
RR		57.049	6.290	850	37.219	15.900	3.020	986	5.361
%		36,66%	44,98%	10,01%	40,12%	50,82%	21,31%	6,53%	28,88%
RT	2000	271.636	24.492	11.142	162.905	53.528	17.971	18.359	28.330
RR		157.870	10.692	1.655	90.351	32.271	1.986	1.920	12.263
%		58,12%	49,75%	14,85%	55,46%	60,29%	11,05%	10,46%	43,29%
RT	2001	381.115	26.273	15.187	229.711	69.789	27.859	24.597	36.754
RR		200.261	13.383	2.062	113.194	33.598	2.474	2.435	15.546
%		52,55%	50,94%	13,58%	49,28%	48,14%	8,88%	9,90%	42,30%
RT	2002	524.123	38.332	20.217	343.006	93.275	29.942	33.770	26.945
RR		348.260	20.370	2.885	113.194	48.529	3.462	3.578	5.125
%		66,45%	53,14%	14,27%	56,58%	52,03%	11,56%	10,60%	19,02%
RT	2003	725.561	4.469	18.568	513.101	122.746	24.023	35.285	55.150
RR		475.182	24.245	3.765	256.136	63.064	4.518	4.669	30.695
%		65,49%	57,09%	20,28%	49,92%	51,38%	18,81%	13,23%	55,66%
RT	2004	759.447	43.345	18.514	536.166	119.976	28.819	38.625	64.035
RR		549.607	23.889	3.195	293.831	66.083	3.834	3.962	38.452
%		72,37%	55,11%	17,26%	54,80%	55,08%	13,30%	10,26%	60,05%
RT	2005	940.690	47.580	21.411	626.441	122.579	31.561	37.640	71.473
RR		678.425	27.959	3.574	346.291	72.982	4.505	4.655	44.611
%		72,12%	58,76%	17,53%	55,28%	59,54%	14,27%	12,37%	62,42%
RT	2006	1.166.672	53.720	23.726	724.653	135.814	38.920	43.196	83.292
RR		852.565	33.076	4.163	408.416	91.565	4.995	5.162	54.963
%		73,08%	61,57%	17,55%	54,99%	67,42%	12,83%	11,95%	65,99%
RT	2007	1.220.953	51.827	27.617	885.570	187.625	39.911	51.236	89.634
RR		780.099	28.447	3.337	353.801	124.388	4.005	4.138	45.948
%		63,89%	54,89%	12,08%	39,95%	66,30%	10,03%	8,08%	51,26%
RT	2008	1.672.261	65.044	34.927	1.150.732	227.329	50.140	61.673	198.382
RR		1.168.608	35.326	4.742	501.680	146.634	5.691	5.881	161.427
%		69,88%	54,31%	13,58%	43,60%	64,50%	11,35%	9,54%	81,37%

\* Municípios integrantes da Microrregião I; \*\*Municípios integrantes da Microrregião II  
Fonte: Revista Síntese - TCE/RJ - Elaborado por Siqueira (2011)

Percebe-se pelo gráfico anterior que a segunda maior receita desse município é derivada das transferências estaduais, nas quais o ICMS é a fonte protagonista.

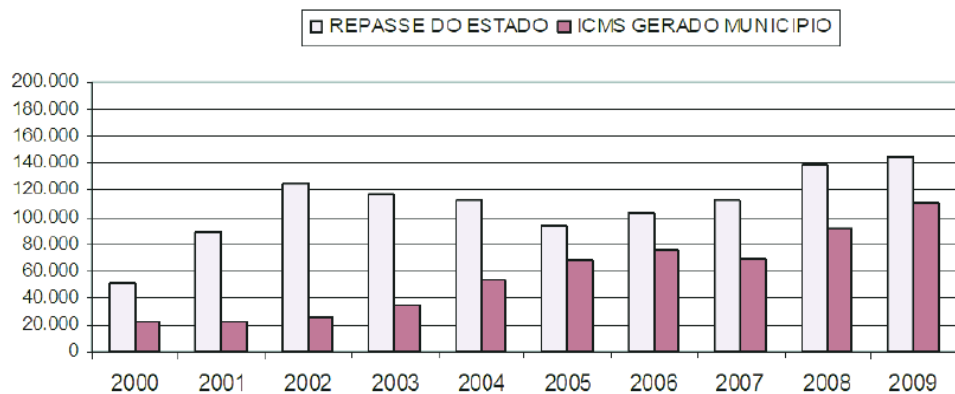
Prado et all (2003) apontou alhures que as transferências estaduais são caracterizadas pela devolução tributária. Nesse sentido, uma breve análise da evolução da arrecadação do ICMS entre Campos e Macaé ilustra a constatação da dependência mostrada pelo gráfico, além de mostrar a importância desse último



município para o estado do Rio de Janeiro, como um todo, e para a região Norte Fluminense, em particular, em que pese a maior evidência de Campos dos Goytacazes.

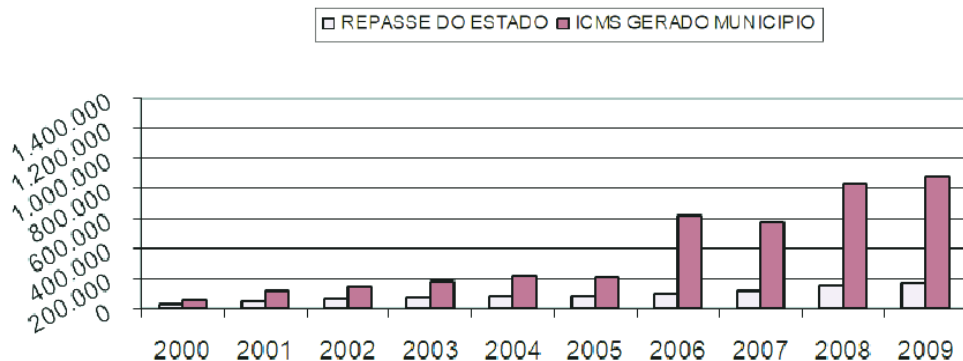
Os Gráficos 6 e 7 mostram a diferença no perfil produtivo dessas duas cidades, em grande parte explicado pelo fato de Macaé ter sido escolhida como a base operacional da Petrobrás na região, atraindo também outras empresas, principalmente terceirizadas dessa estatal. Percebe-se que, em alguns períodos, o montante da arrecadação de ICMS em Macaé chegou a ultrapassar em pelo menos 10 vezes a de Campos dos Goytacazes- RJ, nesse tributo. Não obstante essa disparidade na geração desse tributo, é possível constatar que o valor repassado pelo Estado a ambos os municípios é quase o mesmo.

**Gráfico 6 - Comparativo entre os valores de ICMS arrecadado e repassado Campos dos Goytacazes – RJ - 2000 a 2009.**



Fonte: Tribunal de contas do Estado do Rio de Janeiro

**Gráfico 7 - Comparativo entre os valores de ICMS arrecadado e repassado Macaé-RJ- 2000 a 2009**

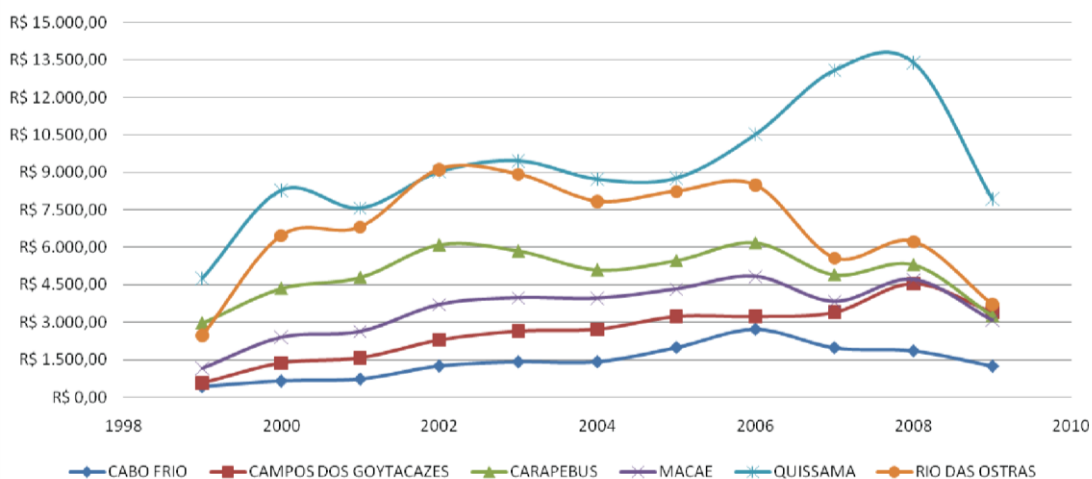


Fonte: Tribunal de contas do Estado do Rio de Janeiro

Ou seja, esse exemplo corrobora o que já foi mostrado na seção anterior, acerca da baixa capacidade de geração de receitas próprias do município de Campos dos Goytacazes e de sua conseqüente dependência das transferências governamentais, regulares ou de royalties, apesar de ser um dos municípios brasileiros bilionários. Por outro lado, embora fosse o maior município arrecadador, por outro lado Campos dos Goytacazes não ocupava o topo do ranking no que se refere à renda per capita.

O Gráfico 2 mostra a evolução da renda per capita de alguns municípios que recebem receitas derivadas da exploração de petróleo, dentre os quais estão quatro da região Norte Fluminense. Destaque deve ser dado a um caso do outro extremo, ou seja, o município de Quissamã. Emancipado de Macaé em 1989<sup>26</sup>, esse município tinha pouco mais de 17.000 habitantes em 2006, tendo sido, no período estudado, o maior arrecadador per capita.

**Gráfico 2 - Evolução da arrecadação per capita com royalties e participações especiais de parte dos municípios do Estado do RJ que recebem royalties – 1999-2009**



Fonte: Inforoyalties - [www.ucam-campos.br](http://www.ucam-campos.br)

É possível perceber em todos eles um incremento exponencial de receita per capita, derivada dos royalties e participações especiais. Conforme mencionado, verifica-se que Quissamã e Rio das Ostras, chegaram a ter uma receita per capita

<sup>26</sup> De acordo com Piquet (2003:06), o crescente aporte de royalties intensificou o processo de competição entre os municípios da região “com o desmembramento de antigos municípios, à medida que o pagamento dos royalties aumentava – no entorno da década de 90 foram criados cinco municípios, sendo dois em áreas das antigas usinas de Carapebus e Quissamã”.

dessa fonte em torno de R\$ 13.000,00 e R\$ 9.000,00, respectivamente. Para ter uma ideia de proporção desse valor, vale lembrar que o valor médio da renda per capita dos municípios brasileiros, em 2006, era de R\$1.000,00, considerando todas as transferências externas mais as suas receitas próprias (Arretche, 2010).

A segunda consequência derivada dessa trajetória é que, além da dependência dos recursos dos royalties, a estabilidade das fontes de receita - aspecto considerado por Prado et al (2003) como fundamental para a autonomia do governos subnacionais. Com efeito, esse é um ponto que se tornou um problema comum a todos os municípios “petrorrentistas” (Serra, Terra & Pontes, 2006). Diferente das demais transferências regulares, as receitas derivadas dos royalties são muito instáveis. Mais ainda, essa instabilidade vem de aspectos tanto econômicos quanto políticos.

Em relação aos aspectos econômicos, a variação no preço do petróleo é influenciada por cenários políticos e econômicos internacionais complexos e independentes inclusive do governo central brasileiro. Ou seja, não há qualquer ingerência sobre sua principal receita. E no que se refere aos aspectos políticos, a definição das políticas setoriais - incluindo os critérios de partilha dos royalties e participações especiais - também está absolutamente fora de sua esfera decisória, por serem definidas no âmbito do governo central (Poder Legislativo e Executivo Nacional).

Particularmente acerca desse assunto, a Lei 12734/2012, que trata da mudança dos critérios de repasses dos royalties, está desde 2013 dependendo do julgamento de uma medida cautelar pelo Supremo Tribunal Federal. Em outras palavras, a perda de receitas de royalties tanto para os municípios produtores como para o Estado do Rio de Janeiro é uma ameaça real e uma possibilidade concreta, principalmente se levarmos em conta as tendências verificadas no Congresso Nacional, quando do debate desse assunto, e o fato do estado do Rio encontrar-se pobremente representado politicamente, em todos os sentidos que possam ser considerados essa afirmativa.

Acrescenta-se a esses elementos outro mais recente: o fator geográfico. Isso porque, em razão da exploração do pré-sal, boa parte da produção de petróleo tem se deslocado para a Bacia de Santos, no interior paulista. No âmbito da Bacia de Campos, esse movimento tem se dado mais para a meso-região Baixada Litorânea, composta pelos municípios de Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo,

Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema e Silva Jardim.

Fato é que, como um exemplo desse conjunto de fatores, o município de Campos dos Goytacazes perdeu mais de 1 bilhão de reais entre os anos de 2014 e 2017 – embora mesmo assim ainda tenha um dos três maiores orçamentos, dentre os municípios de 470 mil a 510 mil habitantes (Cruz e Terra, 2018).

É bem verdade, por outro lado, que a atividade de extração de petróleo tem especificidades que as tornam bastante peculiares, diferenciando-a das demais atividades produtivas que geram as receitas próprias dos demais municípios. Do ponto de vista geográfico, Piquet (2003), sustenta que a indústria de petróleo pode tanto desencadear um efeito positivo na economia local quanto, ao contrário, pode sua exploração “ser tão pouco benéfica para uma economia como qualquer produção extrativista, como borracha, minério ou diamantes” (2003:224), o que explicaria, pelo menos em parte, a baixa capacidade de geração de outras receitas próprias nas unidades federativas do entorno.

Cita a Venezuela, a Líbia e o Iraque como exemplos de países que não conseguiram gerar riquezas em outros setores da economia. Monié (2003), no entanto, discorda dessa autora, argumentando por outro lado que os países produtores de petróleo de um modo geral não se limitaram a desenvolver apenas essa indústria, aproveitando a renda derivada dessa atividade para financiar projetos outros industriais e de infra-estrutura, buscando escaparem da condição de simples provedores de recursos primários para os países centrais.

Pondera esse autor, inclusive, que a exploração de petróleo no Brasil guarda duas significativas diferenças em relação aos demais países produtivos, dentre os quais cita os árabes, o México e a Venezuela como exemplo. Uma dessas diferenças estaria no aspecto temporal, na medida em que a produção brasileira começou no século XX e em condições comerciais favoráveis, em razão da já comentada crise mundial do petróleo. E a segunda seria o contexto político, nacional e internacional, no qual essa indústria foi implantada, cenário radicalmente diferente daqueles quando a maior parte das nações produtoras começou a produzir<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup>Segundo Monié (op cit), ambas as situações favoreceram o Brasil – e a Petrobrás – que puderam investir fortemente em desenvolvimento tecnológico para exploração em águas profundas e muito profundas, proporcionando à estatal brasileira dominar na atualidade boa parte da tecnologia para exploração do mineral na camada pré-sal.

De qualquer modo, essas características só reforçam a necessidade dos municípios locais serem criteriosos na aplicação dos recursos. Mas a experiência mostra isso não aconteceu. De acordo com Cruz e Terra (2018:151), o que se observa “no geral, é um crescimento do funcionalismo público e da construção civil em infraestrutura, gerando despesas de custeio sem a contrapartida das atividades produtivas na economia”.

É nesse sentido que Silva (2009), ao mesmo tempo em que reforça os argumentos de Piquet (op.cit), mencionando as consequências da rigidez locacional e os reduzidos encadeamentos da indústria do petróleo com outras atividades produtivas como outra característica desse setor, volta sua atenção para a importância dos royalties na arrecadação fiscal dos municípios, inclusive para o financiamento das políticas públicas. Diz esse autor:

*“A importância da atividade petrolífera para a economia fluminense transcende o caráter especificamente produtivo, ou seja, não se circunscreve apenas aos ganhos obtidos diretamente da atividade extrativa. Ainda que, quando analisados à luz do quantum monetário mobilizado, seus efeitos para a geração de emprego, para as demandas industriais derivadas e para o recolhimento de impostos sejam reduzidos, há uma elevada importância dessa atividade no que alude à capacidade fiscal do estado e dos municípios fluminenses”(2009:127).*

Dessa forma, o autor traz para o debate outra importante especificidade regional, a qual contempla o terceiro dos tópicos que desejamos abordar nessa última seção do primeiro capítulo: o empoderamento político e econômico dos Prefeitos dos municípios “petrorrentistas” (Serra, Terra & Pontes, op.cit). Embora comum a toda a região norte fluminense, esse elemento ganha destaque em Campos dos Goytacazes - RJ, em razão tanto do volume de receitas quanto por sua trajetória histórica.

É indiscutível o protagonismo do poder público como indutor da dinâmica econômica regional, preservando um modelo de desenvolvimento altamente dependente de subsídios do Estado - a única diferença é o fato de não mais ser no âmbito do governo central, mas no do municipal. Ou seja, o fato do modelo federativo garantir autonomia política aos municípios, tem relação direta com a alta concentração de poder político e econômico nas mãos dos prefeitos locais, na região Norte Fluminense.

Parte dos efeitos desse conjunto de forças poderá ser observado nesse estudo. Especialmente se a essa concentração de poder somarmos a flexibilidade das regras de utilização desses recursos e a ausência de mecanismos de controle, poderá ser verificado, nas experiências da gestão pública na região Norte Fluminense, particularmente em Campos dos Goytacazes, um exemplo da extensão ainda não conhecida dos efeitos da descentralização.

Sugerimos também que a alteração dessa lógica depende diretamente da implementação de políticas de Estado, mais do que políticas de governo, com visão de longo prazo, algo que parece pouco crível de acontecer no âmbito dos municípios, especialmente quando é possível fazer, quase livremente, escolhas alocativas sobre recursos gigantescos. É bastante improvável – e até compreensível, do ponto de vista racional - os atores abrirem mão de interesses que visem ganhos econômicos e políticos imediatos, em um contexto como esse.

Com efeito, essa lógica se sustenta sobre uma relação de reciprocidade que se retroalimenta: o dinamismo da economia local depende dos recursos do governo municipal, o qual depende dos repasses externos exatamente pela pouca pujança da economia local. Dessa forma, consolida-se um círculo vicioso o qual, de novo, só poderá ser rompido com o desenvolvimento econômico diversificado, que, por sua vez, dependerá de um consistente planejamento, da capacidade de implementá-lo e, obviamente, do interesse e do nível de prioridade do governo local nesse sentido.

Monié (2003) e Silva (2009) corroboram essas premissas, quando destacam ter havido um desenvolvimento regional descolado tanto de projetos produtivos de grande alcance como de um projeto maior de interesse da federação, resultando “em propostas de desenvolvimento local fortemente endogenizadas e centradas quase que unicamente na questão do recebimento/distribuição das compensações financeiras (rendas), bem como no estímulo de ações políticas baseadas em princípios localistas e, por vezes, clientelistas” (Silva, 2009:158).

Monié (2003:262) reforça essa afirmação dizendo que, na região norte-fluminense, o poder público ainda tem uma função estratégica para o desenvolvimento local, “não obstante o crescimento da produção de petróleo e gás na Bacia de Campos, na década de 80, ser contemporâneo de uma retração do Estado da esfera econômica, da emergência de novas formas de regulação pelo Estado e das crises das políticas tradicionais de planejamento regional.”

Sob essa perspectiva de observação, os problemas da sustentabilidade dos municípios – atualmente já verificados - parecem ter sua gênese melhor explicada a partir dos argumentos de Monié (op. cit), ou seja, justificada mais pela falta de planejamento do que pelas características ou efeitos perversos da indústria de petróleo. Ademais, a autonomia orçamentária e alocativa dos municípios torna muito alto o ônus político da negociação e principalmente da cooperação, dificultando qualquer iniciativa de integração e planejamento.

Um exemplo dessa lógica é o fato de a regionalização da saúde, proposta pela NOAS 01/01, não ter sido implantada na região (Siqueira, 2011), em grande parte porque os municípios podiam comprar serviços de forma autônoma, independente e direta no prestador privado. Com isso, em vários municípios “sobrou” verba em seus tetos orçamentários, enquanto em alguns outros, como em Campos dos Goytacazes – RJ, o limite financeiro era extrapolado, implicando em glosas (cortes) de procedimentos ou em complementos pagos com verba de royalties.

Desse modo, a continuidade de uma dinâmica da economia regional norte fluminense - historicamente dependente da capacidade de indução do poder público - quase sempre com flexíveis regras alocativas e/ou ausência de contrapartidas -, preserva uma lógica decisória na qual os atores são adaptados e acostumados a mercados regulados, a financiamentos e subsídios estatais e a demanda previamente garantida, estando pouco afeitos, portanto, à competitividade, à eficiência e principalmente ao *accountability*.

Independente de qualquer juízo de valor a esse respeito, estamos sugerindo a hipótese da existência de uma linha de dependência de trajetória nesse sentido, que virá a influenciar diversas dimensões da dinâmica regional, especialmente as relações público-privadas, aí incluída a relação entre compradores e vendedores de serviços de saúde no município estudado, conforme será mostrado nesse próximo capítulo.

## Capítulo 2 - A dinâmica do ambiente político-institucional local e seus efeitos sobre a organização dos serviços de saúde

*“Sabemos muito pouco sobre as relações entre os governos locais e os provedores de serviços. Mais que isto: a crença nos benefícios da descentralização produziu uma espécie de obstáculo cognitivo, pelo qual a possibilidade da captura dos governos locais por interesses privados esteve fora da agenda de debates” Arretche (2003:342).*

A análise do ambiente político-institucional local, objeto desse capítulo, tem como proposta dar subsídios à tentativa de alcançar os objetivos desse trabalho. A configuração dos arranjos resultantes da relação entre os atores envolvidos na dinâmica de alocação dos orçamentos da saúde ao longo dos anos – especialmente no contexto de expressivo volume de recursos e flexíveis regras de utilização dos mesmos – é fundamental para explicar, ao menos em parte, a lógica do processo decisório que levou à opção por permanecer habilitado apenas na gestão plena da atenção básica do sistema de saúde municipal, mantendo apenas esse vínculo com as políticas centrais do SUS até o ano de 2009, quando assinou o Termo de Compromisso de Gestão, referente ao Pacto pela Saúde implementado em 2006.

Assumiremos como ponto de partida de nossa exploração os arredores do ano de 1989, época na qual se deu o processo de municipalização da saúde local, período no qual os demais municípios brasileiros fizeram o mesmo. Sendo esse referencial de início dez anos anterior ao primeiro marco do trabalho, em 1999, o propósito dessa decisão é contextualizar a análise, assim como manter contato com importantes informações e acontecimentos determinantes na trajetória de implantação do SUS no município de Campos dos Goytacazes.

Nesse período de análise entre esse marco inicial e a implementação do Termo de Compromisso de Gestão estão contidos todos os elementos que influenciaram a construção do sistema de saúde local, os quais foram parâmetros para a definição das “regras do jogo” (North, 1999) que delinearão as escolhas e as ações dos atores envolvidos. Tais regras - formais ou informais, pois frutos também do contexto político, histórico e cultural no qual foram geradas -, são parte



importante da complexa dinâmica de construção desse ambiente político-institucional que influenciou a construção do SUS local, especialmente no que se refere às relações público-privadas nesse setor.

Dentre esses elementos elegemos três como os parâmetros a partir dos quais serão desenvolvidas as argumentações do capítulo: o primeiro foi a opção de remunerar os prestadores de serviços e saúde privados - filantrópicos e sem fins lucrativos -, através de convênios específicos, com repasses extras, complementares à remuneração do teto financeiro do município; o segundo parâmetro foi opção pelo fortalecimento da administração indireta – fundações públicas – como parte da estratégia de gestão da saúde local, principalmente através do aumento do financiamento dos hospitais públicos quase totalmente com recursos dos royalties. Essa escolha resultou na fragmentação da gestão do sistema de saúde local o qual, na prática, chegou a ter três secretários de saúde.

O terceiro parâmetro foi a expansão da cobrança direta ao usuário, pelos prestadores privados filantrópicos e sem fins lucrativos, por procedimentos de média e alta complexidade – especialmente consultas especializadas e exames, popularmente conhecida sob o pejorativo “social”. Para além do fato do severo impacto social negativo dessa cobrança e do debate acerca de sua legalidade, essa expansão se deu principalmente no período de aumento do financiamento global do sistema de saúde e no âmbito do repasse dos subsídios para esses prestadores, servindo, inclusive, de justificativa para eles.

Há ainda outros elementos paralelos os quais estarão implícitos no contexto dos eventos anteriores, embora isso não signifique atribuir aos mesmos menor importância do que aos demais. Um deles é a ausência da cultura de accountability, a qual vem desde os tempos do protagonismo da indústria sucro-alcooleira e parece ter se perpetuado na era dos royalties.

Os subsídios estatais ao setor privado, presentes desde a década de 1920, na era da cana de açúcar, historicamente eram dados a fundo perdido, sem nenhuma prestação de contas ou com o perdão das dívidas contraídas. Mais que isso, esses subsídios eram dados sequencialmente, a título de financiamento de uma demanda previamente garantida pelo Estado, implicando em risco zero para o setor produtivo.

Outro importante elemento é o total desinteresse do poder público local em cumprir seus compromissos legais e formais com o governo central, incluindo a

alimentação de dados financeiros e fiscais, condição necessária para o repasse de verbas e para a adesão a programas do Ministério da Saúde. Esse tópico ficará bastante claro no relato dos entrevistados.

Embora possam parecer temáticas não relevantes a priori, ao longo da argumentação e do desenrolar da lógica do processo decisório será possível perceber o simbolismo dessas características, tanto no aspecto da despreocupação com mecanismos de gestão do sistema quanto em relação ao desinteresse por estabelecer vínculos com o governo central, em grande parte motivada pelo volume exponencial de recursos de royalties aplicados no financiamento do sistema de saúde local, assim como pela autonomia alocativa desses recursos.

Ou seja, para além da preservação de lógica patrimonialista, característica da sociedade brasileira, será possível perceber, na formação do ambiente político-institucional no campo da saúde, algumas características culturais regionais, as quais influenciaram o comportamento dos atores locais, tanto os compradores quanto os vendedores de serviços de saúde, fortalecendo alguns parâmetros que nortearam a construção do SUS local. Na área da saúde, essa cultura parece ter se reproduzido especialmente no formato e na lógica de prestação de contas dos referidos convênios, como será visto adiante.

Há um quarto parâmetro principal de referência (em que pese o fato de ser essa separação apenas didática, para fins de estruturação do desenvolvimento do trabalho e conseqüente melhor compreensão do leitor). Trata-se da composição peculiar do Conselho Municipal de Saúde (CMS) local. Sendo um dos pilares da concepção do SUS o controle social - mecanismo fundamental em se tratando da proposta descentralizadora do sistema de saúde brasileiro -, os Conselhos Municipais de Saúde foram normatizados pela Lei 8142/90, buscando estabelecer uma paridade entre a representação de usuários e de prestadores de serviços e profissionais de saúde.

Como será mais bem explicado no Capítulo 3, o CMS local é composto do que aqui chamamos de um quinto poder - um segmento de representatividade criado, o qual se intitulou de formadores de Recursos Humanos. O município possui diversas Faculdades da área de saúde, como Medicina, Farmácia, Odontologia, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, dentre outras. A Faculdade de Medicina é mantenedora do Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA), um dos prestadores de serviços vinculados ao SUS contemplados com os convênios.

Não é difícil supor que essa composição incomum tenha alterado substancialmente a correlação de forças dentro do CMS local, dentre outras razões porque a Faculdade de Medicina, por exemplo, tinha força no segmento de formadores de RH (esse quinto poder), no de profissionais de saúde e no de prestadores de serviços. Esse formato das Faculdades terem representatividade tão destacada vem desde a criação da primeira Fundação Pública, em 1988, gênese da administração indireta na gestão de saúde municipal – dinâmica que também será detalhada no bojo desse capítulo. Em suma, o que se pretende destacar nesse contexto é a peculiar composição do CMS – a qual preserva até os dias atuais – como sendo mais um elemento que se mostrará muito relevante na construção da dinâmica político-institucional no período estudado.

Como explicitado há pouco, para analisarmos a configuração do ambiente político institucional local a partir do ano de 1999, conforme proposto na metodologia desse trabalho, estaremos frequentemente nos referindo ao período da municipalização da gestão do sistema de saúde local, tanto para contextualizar a argumentação quanto para a melhor compreensão dos elementos que interferiram na conformação do ambiente político institucional local.

Dito de outro modo, essa contextualização tem por objetivo facilitar a identificação daquelas características que são particularidades do sistema de saúde local (como a conformação do CMS, por exemplo), daqueles que são mais gerais, ou seja, comuns a todos os demais sistemas de saúde municipais brasileiros (como a força do segmento privado na prestação de serviços). A referência ao período da municipalização, sendo uma contextualização, virá de forma parcelada, por assim dizer, ao longo do trabalho. A dinâmica política desse período, por exemplo, será visto no âmbito da temática de criação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) local, no Capítulo 3.

Tanto a força dos prestadores privados, quanto a relevância dos hospitais de natureza filantrópica ou sem fins lucrativos não são especificidades do município de Campos dos Goytacazes. Conforme foi visto no capítulo 1, a força do setor privado no sistema de saúde brasileiro – particularmente na prestação dos serviços - foi uma das características mais relevantes do modelo assistencial anterior ao SUS, tendo se transformado numa importante dependência de trajetória, a qual até hoje influencia, direta ou indiretamente, o processo de implantação e institucionalização do atual sistema de saúde brasileiro.

No que se refere aos prestadores filantrópicos e sem fins lucrativos, vimos que essas instituições sempre tiveram um papel fundamental na provisão de assistência médica no país. Em razão da forma de estruturação de nosso sistema de saúde antes do SUS, no qual havia forte segmentação da elegibilidade da cobertura, essas instituições eram fundamentais para o acesso aos cuidados de saúde de boa parte da população, inclusive aquela não coberta por nenhum mecanismo de proteção governamental.

Com a implantação do SUS, a importância desses prestadores de serviços ficou ainda maior, em razão da garantia constitucional de universalidade no acesso - agora não mais como filantropos ou contratados do INAMPS para o atendimento de populações específicas, mas como conveniados do SUS. A dependência do SUS desses prestadores continuou maior no interior do país, tendo em vista, por um lado, a ausência de hospitais públicos, e por outro, a menor presença dos prestadores privados, os quais, orientados pela lógica de mercado, privilegiavam as áreas de maior demanda.

Um estudo sobre o setor hospitalar filantrópico no Brasil – (Pesquisa BNDES-ENSP/FIOCRUZ, 2001) - mostra a importância desses prestadores para a expansão da cobertura de saúde no Brasil. Nada menos que 80,69% dos hospitais filantrópicos e 65,73% dos leitos por eles oferecidos estavam no interior do país, sendo 36% dessas instituições em cidades com menos de 20.000 habitantes. O estudo mostrou também que mais da metade dos hospitais - 54,3% - eram os únicos existentes em seu respectivo município. Também nesse aspecto o município em estudo tinha suas especificidades

Em Campos dos Goytacazes já havia, desde aquela época, uma representatividade de quase todos esses prestadores. Eram três hospitais filantrópicos – Santa Casa de Misericórdia (SCM), Sociedade Beneficência Portuguesa de Campos (SBPC) e Hospital Psiquiátrico Dr. João Viana; um hospital escola – H.E Álvaro Alvim (HEAA), e um hospital ligado a um segmento e classe – o Hospital dos Plantadores de Cana (HPC). Esse quadro se mantém até hoje, tendo mudado apenas o fato de o HPC ter passado de entidade sem fins lucrativos para filantrópica. Ainda a respeito desse prestador, essa unidade fazia parte do SASPLAN – Serviço de Assistência aos Plantadores de Cana – o qual era vinculado aos produtores de cana de açúcar.

Uma importante e interessante característica do sistema de saúde local foi, na verdade, um efeito positivo não esperado do período da hegemonia da indústria sucro-alcooleira na região. Como mencionado alhures, a incorporação dos trabalhadores rurais ao sistema de saúde brasileiro começou a partir da década de 70; no entanto, além de ter sido tardia, essa cobertura também era limitada a um pequeno número de serviços de saúde, os quais eram prestados pelos sindicatos rurais ou pelas instituições filantrópicas. No caso do setor sucro-alcooleiro, em particular, a assistência a essa parcela da população não só começou desde a década de 40, como foi estruturada, expandida e financiada com recursos dessa produção, conforme mencionado alhures.

Essas características, de certo modo, exemplificam e ratificam a segmentação da assistência à saúde na era pré-SUS, tanto no sentido da separação entre segurados e não segurados, através da vinculação ou não ao trabalho formal, como na diferenciação dentre os próprios segurados, a depender da maior ou menor força política e/ou econômica entre uma categoria e outra, conforme mostrado no capítulo 1, na medida em que essa especificidade acabou por diferenciar a extensão e as características da cobertura de saúde à população rural no município estudado.

Isso porque, no contexto das políticas sociais da era Vargas, o decreto-lei 3.855 de 21/11/1941 - considerado a primeira grande lei social agrária do Brasil (Monteiro, 2011)-, criou o Estatuto da Lavoura Canavieira, o qual estabeleceu parâmetros legais que viriam a nortear as relações entre os trabalhadores rurais e os usineiros e fornecedores de cana de açúcar. Através do Instituto do Açúcar e do Alcool (IAA), o Estatuto não só passou a regular as instâncias e os mecanismos de conciliação para os litígios entre as partes como também estabeleceu obrigações assistenciais por parte dos empregadores, cujo financiamento se dava através de subsídios vinculados à produção<sup>28</sup>.

Dentre os benefícios assistenciais estava incluída a assistência à saúde dos trabalhadores, os quais em grande parte trabalhavam e residiam em áreas rurais. No entanto, apesar de essa forma de assistência ter ganhado cada vez mais importância, no âmbito dos benefícios em geral, de acordo com Monteiro (op. cit) houve grande dificuldade para a efetivação da prestação dos serviços de saúde,

---

<sup>28</sup> De acordo com Monteiro (2011:4), inicialmente esse subsídio era no valor “de Cr\$1,00 (um cruzeiro) por tonelada de cana produzida e entregue pelos fornecedores às usinas e destilarias e o montante arrecadado era destinado à assistência, à produção e ao melhoramento das condições de vida do trabalhador rural, especialmente das populações rurais dedicadas ao cultivo de cana.”

especialmente da assistência médico-hospitalar. Isso teria acontecido por duas razões, fundamentalmente: a inexistência de instalações de saúde na maior parte das áreas canavieiras e também por que, até 1949, apenas 7,58% dos valores arrecadados para assistência social foram empregados em infra-estrutura para a prestação dos serviços assistenciais - novos ambulatórios, escolas, creches, gabinetes dentários, ambulâncias, maternidades, etc.

De acordo com a autora, no que se refere à assistência à saúde, a solução encontrada pelo IAA naquela década foi conceder subvenções, mediante doações, para instituições hospitalares, para-hospitalares e educativas, como as Santas Casas, sanatórios, dentre outras. A infra-estrutura para os serviços de saúde nas regiões canavieiras veio a consolidar-se na década seguinte, e teve grande influência na formação do sistema de saúde de Campos dos Goytacazes. Para sintetizar o que aconteceu a esse respeito no interior do Estado do Rio de Janeiro, nos anos 50, e também para melhor entender a relação destes fatos com a dinâmica político-institucional local a partir da municipalização da gestão do sistema de saúde local, vale a pena recorrer às palavras de Monteiro (2011:9):

*“Na década de 1950 constituiu-se, no Brasil, um patrimônio arquitetônico da saúde, com a construção de inúmeros postos de saúde, ambulatórios e hospitais a integrar um sistema médico-hospitalar exclusivo para segmentos da economia açucareira. (Ao fim dessa década...) o Estado do Rio de Janeiro possuía nove ambulatórios, tendo também quatro hospitais, entre eles o Hospital da Associação de Plantadores de Cana (1959), em Campos, com 70 leitos, o quarto maior. O município de Campos contava com sete instituições hospitalares e nenhuma preenchia as condições de um hospital de clínica geral, considerado fundamental para completar o plano de assistência médico-hospitalar. Nesse Estado, optou-se pela localização estratégica de postos médicos, acessíveis aos trabalhadores das fazendas e articulados a um ambulatório central na cidade, com características de pequeno hospital de emergência. Recomendou-se a associação entre os serviços médicos de usinas com baixa arrecadação e os de outras ou de fornecedores, e a incorporação de hospitais do município ao sistema, através de acordos, a fim de minimizar as dificuldades de assistência caritativa (indigentes) e não caritativa (contribuintes) nessas instituições. Para acelerar os trabalhos em Campos, o presidente do IAA solicitou do Ministério da Educação e Saúde estudos de localização e projetos de cinco unidades médicas no município. O engenheiro-arquiteto Germano Galer, do quadro da Educação, projetou os ambulatórios dos distritos de Tocos, Mussurepe, São Sebastião, Outeiro e Vila Nova, onde havia maior concentração de trabalhadores canavieiros.”*

Vários outros postos de saúde foram implantados a partir de então, e um outro efeito positivo dessa política assistencial setorial foi o fato de o município herdar, a partir da implantação do SUS, uma rede de unidades de saúde bem distribuídas, do ponto de vista geográfico, alcançando boa parte da população, inclusive nas áreas periféricas. Isso porque, a partir da década de 90, todos os postos de assistência médica vinculados ao Serviço de Assistência Social aos Plantadores de Cana (SASPLAN) foram cedidos ao município de Campos dos Goytacazes, conforme mostra a Tabela F.

Tabela F – Postos de saúde do serviço social dos plantadores de cana (SASPLAN) transferidos para o município de Campos dos Goytacazes, RJ - 1997-2000

LOCALIDADE DOS POSTOS DE SAÚDE	LEI QUE AUTORIZOU O CONVÊNIO
SANTO EDUARDO	Nº6335 de 09/06/97
TRAVESSÃO	Nº6380 de 21/08/97
VILA NOVA	Nº6556 de 18/05/98
SÃO SEBASTIÃO	Nº 6624 de 02/09/98
TRAVESSÃO - SEGUNDO POSTO	Nº6636 de 27/09/98
TOCOS	Nº 6754 de 23/04/99
DORES DE MACABU	Nº6958 de 30/06/2000
MUSSUREPE	Nº6957 de 30/06/2000

Fonte: Leis municipais – elaboração própria

A formatação da cessão foi através de convênios<sup>29</sup>, os quais tinham como objeto comum a transferência do controle administrativo dessas unidades de atendimento para o poder público, que a partir de então passaria a ser responsável pela prestação de serviços médicos e odontológicos à população daquelas respectivas localidades. A maioria dessas unidades de saúde se manteve vinculada à atenção básica, preservando suas funções originais. Nos casos do posto de atendimento ambulatorial das localidades de Santo Eduardo, São Sebastião, um dos dois postos então localizados no distrito de Travessão, os referidos convênios atribuíam também ao poder público a responsabilidade de reformá-los e equipá-los o

<sup>29</sup> A Lei 8080/90 recomenda os convênios como formato adequado para o poder público estabelecer parcerias com o setor privado.

suficiente para “torná-lo um hospital de estrutura mínima, permitindo o atendimento de urgência”<sup>30</sup>.

O termo de cessão dessas três unidades previa ainda o pagamento de um aluguel, pelo poder público, então estipulado no valor de R\$ 450,00 mensais para cada uma delas. A quitação desses valores seria feita através de compensação de um débito tributário que a SASPLAN tinha com o município<sup>31</sup>. Os investimentos exigidos foram feitos, e duas dessas duas unidades – Travessão e Santo Eduardo - foram incorporadas à administração indireta da saúde, vindo a fazer parte da Fundação João Barcellos Martins (FJBM), passando a integrar a rede de urgência e emergência da região.

A partir da municipalização da gestão de saúde, o poder público passou gradativamente assumir todo o atendimento básico. Essa tendência, verificada em nível nacional, aconteceu também em Campos dos Goytacazes. Venâncio (2001) afirma que a rede filantrópica do município decresceu seu atendimento básico em 77,7% entre 1994 e 2000; do mesmo modo, o prestador privado com fins lucrativos também decresceu progressivamente esse tipo de serviço nesse período, até não mais realizar atendimento básico a partir de 1999. Ainda de acordo com sua pesquisa, a prestação do atendimento básico por parte da rede pública local ganhou definitiva importância a partir de 1998, chegando a 90,5% dos serviços, percentual que, segundo propõe, indicaria a indução realizada pela NOB 01/96 que criou o PAB (Piso de Atenção Básica).

Em contrapartida, no que se refere aos atendimentos não-básicos, na rede filantrópica e nos prestadores privados a quantidade desses procedimentos cresceu 105,2% e 112,9%, respectivamente, concentrando-se ambos nas especialidades e no SADT (Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento. Venâncio (op.cit). Nessa direção, afirma essa autora que, na década de 90, teria havido no município de Campos dos Goytacazes - RJ “uma segmentação de mercado, onde atendimentos menos lucrativos foram assumidos pela esfera pública e os mais lucrativos pelos demais prestadores. Ou seja, a rede de serviços na década de 90 configurou-se predominantemente municipal na atenção básica, mas predominantemente privada no setor de diagnose e na rede hospitalar” (Venâncio, 2001:121).

---

<sup>30</sup> Artigo 3 da Lei 6380 de 21/08/97.

<sup>31</sup> O débito estava sendo cobrado através da execução fiscal 3.745/94. Não foram encontrados documentos que pudessem comprovar que a exigência adicional tenha sido estipulada para as outras unidades cedidas.



Importante contextualizar as afirmações dessa autora, as quais serão bastante relevantes quando na análise dos resultados desse trabalho. No que se refere ao poder indutor da NOB/96 para o aumento da prestação de serviços básicos no município, a literatura mostra que, de fato, isso aconteceu, e não apenas em Campos dos Goytacazes – RJ. Autores como Viana e Machado (2008), e Porto, Ugá & Santos (2006) atribuem a esse fator aquilo que consideram ter sido o maior de todos os ganhos com a implantação do SUS: o privilegiamento da atenção básica como estratégia principal de ação e como eixo norteador da política de saúde, especialmente através da expansão do programa saúde da família.

De acordo com Viana e Machado (2008), pelo menos nos primeiros 20 anos de implantação do SUS essa diretriz teria fortalecido a concepção da construção de um sistema de saúde com diretrizes voltadas para a universalidade e integralidade da atenção, pilares do sistema universal de saúde brasileiro. Esse é um importante indicador cujo comportamento no município de Campos dos Goytacazes - RJ será observado no período desse estudo, especialmente pelo fato desse município ter aderido a essas políticas do SUS, por ter assumido a Gestão da Atenção Básica de seu sistema de saúde, tal como fizeram quase a totalidade dos municípios brasileiros.

Em relação ao crescimento do setor privado - com ou sem fins lucrativos – nas especialidades e no SADT (Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento) em Campos dos Goytacazes – RJ, apontado por Venâncio (2001), esse também não foi um fenômeno local. Viana e Machado (2008) mostram que, em contrapartida ao avanço na atenção básica, houve crescimento da oferta de serviços privados sem internação (consultórios, clínicas e SADT), tendo sido uma grande parte deles contratados pelo Estado para prestar serviços para o SUS. Não obstante, cabe ressaltar dois aspectos dessa realidade – um mais geral e outro específico, local.

O mais geral é que essa expansão da oferta não se deu nos mesmos moldes do que acontecia no sistema de saúde brasileiro antes do SUS. Ou seja, não foi subsidiada pelo Estado, ele próprio garantindo a oferta, mas em grande parte pelo aumento do financiamento privado, via expansão dos planos e seguros de saúde. Essa diferença, contudo, não significa mudança para melhor, tampouco faz disso uma questão menor, em nenhum sentido.

Primeiro porque a questão da predominância do financiamento público ou privado é uma variável importante no que se refere aos rumos de um sistema de

saúde. Ugá et al (2008) e Immergut, (1992) afirmam que, em todos os países do mundo, independente do modelo assistencial implementado, o volume de financiamento, as fontes dos recursos e a dinâmica de alocação destes têm um importante peso na forma de estruturação dos sistemas e na provisão dos serviços de saúde. Ugá et al. (2008:4) dizem que “os modelos de financiamento têm forte ligação com o modelo de sistema de saúde a que pertencem”.

Embora essas autoras afirmem não existirem modelos puros de financiamento, lembram, por outro lado, que a predominância do tipo de financiamento - público ou privado - é um fator determinante para a definição dos objetivos e das diretrizes de um sistema de saúde, as quais, em geral, expressam o conjunto de valores que nortearam historicamente a construção e o desenvolvimento do referido modelo de assistência à saúde. Nesse sentido, dizem ainda Ugá et al (2008) que os sistemas de saúde de cunho liberal, como o dos EUA, são financiados predominantemente pelo gasto privado, tanto direto (desembolso direto no ato do consumo) quanto decorrente da compra de planos e seguros de saúde privados.

Mostram ainda que, nos sistemas de saúde de acesso universal, ao contrário, há uma clara predominância do financiamento público - na Inglaterra, Dinamarca e Suécia, por exemplo, o gasto público em saúde é financiado por impostos gerais que representam um montante nunca inferior a 80 % do volume total investido em saúde. Derivam dessa constatação as contundentes críticas ao volume e à forma de financiamento do SUS, pelo fato de, apesar de ser um modelo inspirado nos sistemas universalistas e teoricamente construído com base em valores e princípios de solidariedade, a participação do setor público no gasto nacional em saúde ser muito abaixo dos sistemas europeus.

Concordando com Favaret & Oliveira (1990), Ugá et al (2008:11) dizem que, na atualidade, nosso sistema de saúde “de acesso universal e integral, exhibe uma estrutura de gasto que em nada se assemelha à dos sistemas nacionais de saúde do tipo beveridgiano, mas se aproxima do padrão existente nos EUA, caracterizado como um modelo tipicamente liberal”. Diante das evidências levantadas a partir de inúmeros estudos nesse sentido, é notória a existência de um claro tensionamento entre os princípios fundamentais do SUS e seu modelo de financiamento.

Por consequência, há consenso entre todos os estudiosos acerca da necessidade do aumento de recursos públicos no financiamento do sistema de saúde brasileiro, premissa que consideramos indiscutível nesse trabalho. Mas é

nesse ponto importante que reside uma das principais peculiaridades do caso em estudo, sendo a mesma fundamental e central em nossas análises. Exceção ao resto do país, o financiamento do sistema de saúde do município foi predominantemente público no período estudado. Conforme será mostrado logo adiante, houve um crescimento exponencial dos recursos públicos nesse período, o qual coincide, num sentido contrário, com o agravamento da crise de financiamento da saúde no Brasil.

Segundo porque é também um consenso entre os estudiosos que a universalização do acesso aos serviços de saúde ainda não tenha se realizado. Dito de outro modo, autores diversos concordam com a persistência da seletividade no sistema de saúde brasileiro, ainda que suas linhas de argumentação divirjam em relação à causa dessa segmentação. Para uns, como Favaret & Oliveira (1990), isso se dá pela preservação da forma de separação entre segurados e não segurados – ou seja, pelo vínculo ao mercado de trabalho e independente da renda.

Favaret & Oliveira (1990) consideram que o aumento da evasão para o sistema privado tem acontecido não apenas nos setores médios, mas também nos de baixa renda, tendo em vista que boa parte do financiamento privado é oriunda de empresas (públicas e privadas), que contratam planos ou seguros de saúde para seus funcionários, fenômeno que chamaram de “universalização excludente”.<sup>32</sup>

Por outro lado, embora concorde com a persistência da seletividade no sistema de saúde brasileiro, mesmo depois do que considera como a mais importante mudança introduzida pela reforma sanitária brasileira – qual seja, a garantia constitucional do acesso universal aos serviços de saúde, Lobato (op.cit) considera, ao contrário de Favaret & Oliveira (op.cit), que o fator determinante para essa segmentação “é a associação entre renda, de forma prioritária, com a vinculação a um dos tipos de cobertura Extra-SUS”.

Segundo essa autora, a universalização não foi e não é excludente, “apesar de ser insuficiente e incompleta, porque não alcançou garantir o direito efetivo à saúde de qualidade”. Isso significa, na sua ótica, que o SUS esteja longe de ser uma

---

<sup>32</sup>De acordo com Favaret & Oliveira (1990:152), “a universalização excludente” repõe os primórdios do sistema de acesso coletivo aos serviços de saúde no Brasil, as Caixas de Aposentadoria e Pensão, onde os benefícios auferidos pelos trabalhadores estavam numa relação direta à expressão econômica das empresas às quais se achavam vinculados”.

política focada<sup>33</sup>. Nesse sentido, a persistência ou a não-superação do padrão segmentado de acesso aos serviços sociais - que privilegia as camadas superiores e médias da sociedade - continua a existir, não mais, entretanto, em função das relações corporativas das categorias profissionais, como propõe Favaret & Oliveira (op.cit), e sim “pela renda, associada ou não ao vínculo ao trabalho, direto ou por dependência” (Lobato, 2000:222).

O aspecto específico a que nos referimos foi a forma como esses serviços foram comprados no âmbito local – via convênios, os quais tiveram características de subsídios públicos a essas entidades privadas, sugerindo a continuidade, pelo menos em parte, do modelo anterior ao SUS também na forma de relação institucional com os prestadores de serviços privados. Como veremos adiante, isso parece acontecer tanto no que se refere ao pagamento por procedimentos como pela forma de regulação. Esse é um elemento importante no contexto político-institucional local o qual buscaremos compreender nesse trabalho<sup>34</sup>, começando pelas informações trazidas pelas Tabelas G e H, a seguir.

Essas referidas tabelas demonstram a oferta de leitos hospitalares em Campos dos Goytacazes, no primeiro ano do período analisado nesse estudo. Constata-se que, em 1999, a menor parte dos leitos disponíveis no município era de propriedade pública - apenas 6,5% do total de quartos/enfermaria e 31% do total de enfermarias entre 3-6 leitos. Desses poucos, quase o total está concentrado na administração indireta (88% dos quartos/enfermaria públicos e 85% das enfermarias entre 3-6 leitos públicos). A administração direta da saúde tinha apenas 8 leitos, todos de enfermaria.

---

<sup>33</sup> Essa afirmação poderia significar, por outro lado, que o sistema público de saúde brasileiro seja uma política compensatória, no sentido de absorver apenas os excluídos do subsistema privado tal qual o modelo americano, o que, de algum modo, não o colocaria como um sistema universal.

<sup>34</sup> Viana e Machado (2008:666) destacam como também importante avanço do SUS a expansão da quantidade de serviços públicos nos seus primeiros 20 anos. Dito de outro modo, verificou-se a alteração da lógica pré-SUS, da predominância dos privados na prestação de alguns serviços de saúde, particularmente as internações hospitalares. de saúde.

Tabela G - Número total e disponíveis SUS de quart/enfer, Quartos/apart., Enferm c/2 leitos, Enferm c/3-6 leit., Enferm c/+6 leitos segundo natureza jurídica Campos dos Goytacazes - RJ - 1999

NATUREZA JURÍDICA	Número quart/enfer	Quartos/apart	Enferm c/2 leitos	Enferm c/3-6 leitos	Enferm c/+6 leitos
TOTAL	488	227	96	87	78
ADM.DIRETA	4	-	-	4	-
FUNDAÇÃO PÚBLICA	28	-	5	23	-
FUNDAÇÃO PRIVADA	30	11	5	14	-
FUND. PRIV. DISP. SUS	30	11	5	14	-
EMPRESA	269	166	51	26	26
EMP. DISP SUS	188	93	43	26	26
ENT.FILANTRÓPICA	157	50	35	20	52
FILANT. DISP SUS	157	50	35	20	52

Fonte: AMS/IBGE

Tabela H- Número total e disponível SUS de Leitos unid.interm, Leitos UTI adulto, Leitos UTI coronar, Leitos UTI infant, Leitos UTI neonat, Leitos UTI queimad segundo natureza jurídica - Campos dos Goytacazes - RJ - 1999

NATUREZA JURÍDICA	Leitos UI unidinter	Leitos UTI adulto	Leitos UTI coronar	Leitos UTI infant	Leitos UTI neonat	Leitos UTI queimad
TOTAL	39	50	25	18	-	20
FUNDAÇÃO PÚBLICA	-	6	-	10	-	-
FUNDAÇÃO PRIVADA	-	7	4	-	-	-
FUND.PRIV. DISP.SUS	-	7	4	-	-	-
EMPRESA	14	19	9	-	-	-
EMPRESA DISP.SUS	4	12	4	-	-	-
ENT.FILANTRÓPICA	25	18	12	8	-	20
ENT.FILANT. DISP.SUS	25	18	12	8	-	20

Fonte: AMS/IBGE

Como a administração indireta (fundação pública) da saúde concentra-se, na maior parte, na rede de urgência e emergência do município, isso significa que praticamente a totalidade dos leitos eletivos, de todas as outras especialidades, era de propriedade privada. Essa dependência quase absoluta do município em relação aos leitos hospitalares em muito fortalecia o poder de reivindicação dos prestadores de serviços privados, especialmente os filantrópicos ou sem fins lucrativos, mesmo considerando a reciprocidade dessa dependência em relação ao poder público, na

medida em que quase cem por cento dos leitos dessas entidades estavam disponibilizados exclusivamente ao SUS, como pode ser visto nessa mesma tabela.

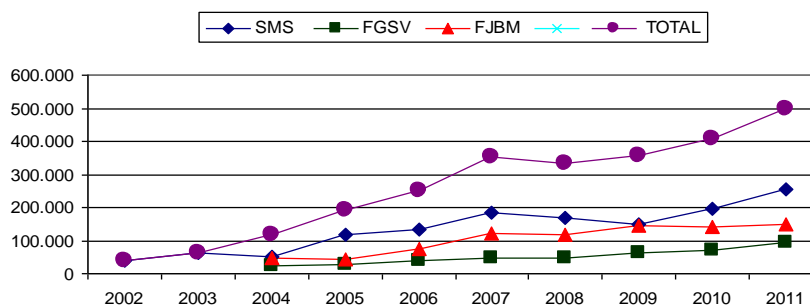
Lógica similar se repetiu em relação aos leitos de UTI, conforme mostra a Tabela H. É possível perceber que, também em 1999, o município não dispunha de nenhum leito de UI (Unidade Intermediária), e de UTI Neonatal, nem público nem privado. Percebe-se também que apenas 6 leitos de UTI adulto e 18 de UTI infantil eram de propriedade pública – todos na fundação pública, que nesse município pertence à administração indireta da saúde. Para todos os demais leitos de UTI o poder público dependia do privado, o que passou também a acontecer posteriormente em relação aos novos leitos financiados pelos royalties, conforme será visto a seguir.

## 2.1 – A Lei municipal 6899/99 : o marco legal determinante para a configuração do arcabouço político-institucional do sistema de saúde local

Tendo visto um breve panorama do sistema de saúde local anterior ao ano de 1999 – aspectos políticos desse período serão abordados no Capítulo 3 -, entremos agora na análise da construção do ambiente político-institucional no campo da saúde local. Antes, contudo, há de se observar que todos os eventos, acordos e arranjos efetivados no período estudado tem em comum, além do contexto da gênese da municipalização da Gestão do Sistema de Saúde local, a influência da chamada Lei do Petróleo, de 1997, a qual se traduziu em um aumento exponencial da receita derivada dos royalties sobre a exploração de petróleo na Bacia de Campos dos Goytacazes.

Isso porque a proporção do aumento de recursos do orçamento global do município se reproduziu também no âmbito setorial. Em outras palavras, o incremento do financiamento público da saúde local também cresceu em progressão geométrica ao longo dos anos. Entre os anos de 1998 e 2003, por exemplo, o orçamento total do município de Campos dos Goytacazes passou de pouco mais de 91 milhões para aproximadamente 465 milhões de reais. Nesse mesmo período, o volume de recursos da Secretaria Municipal de Saúde passou de 15 milhões de reais para pouco mais de 63 milhões (sem contar os recursos aplicados da administração indireta da saúde – as fundações públicas, particularmente nos anos de 2002 e 2003).

**Gráfico 8 – Evolução do financiamento público do sistema de saúde de Campos dos Goytacazes–RJ (em milhões de reais)- 2002 a 2011**



Fonte: Leis orçamentárias do município de Campos dos Goytacazes – RJ

Entre os anos de 2002 e 2011, o aumento do financiamento da saúde local foi superior a 1000 %, com destaque para o ano de 2007 - no qual tal volume duplicou de valor em relação ao ano de 2005. Para se ter uma ideia do montante que isso significa, o valor aplicado na saúde local ultrapassou a casa dos 300 milhões de reais em 2009 - em 2011 superou a casa de meio bilhão de reais, colocando Campos dos Goytacazes - RJ como um dos cinco municípios brasileiros de maior gasto nesse setor, junto com Teresina (PI), Joinville (SC), Santo André (SP) e Osasco (SP)<sup>35</sup>.

Pedimos a atenção do leitor para os anos que acima utilizamos como referenciais para esse aumento do volume de recursos, porque não são escolhas aleatórias: 1998 foi o primeiro ano imediatamente posterior à aprovação da Lei do Petróleo; 2002 e 2003 foram anos importantes por duas razões principais: ali começou a série de convênios que repassaram subsídios aos prestadores privados filantrópicos e sem fins lucrativos, até o ano de 2009; também porque nesse período começou o incremento geométrico de recursos na administração indireta da saúde, através das Fundações Públicas municipais, inclusive a segunda delas, criada nesse período. E finalmente 2011, para mostrar que muito provavelmente a decisão de renovar os vínculos do município com as políticas o SUS, em 2009, através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, não tenha tido como uma das motivações a perda no volume de recursos disponíveis.

O aumento tão expressivo do financiamento público do sistema de saúde local traz ainda outros aspectos relevantes de serem apontados. Conforme mencionado há pouco, a implantação do SUS foi impactada por pelo menos dois aspectos relativos ao seu financiamento. Por um lado, o sub-financiamento do sistema de saúde brasileiro, ou seja, o baixo volume do gasto público em saúde, em se tratando da proposta de cobertura universal. Por outro, o aumento expressivo da participação privada no financiamento do sistema de saúde nacional, fator que, agregado ao anterior, teria feito o sistema de saúde brasileiro se aproximar mais do modelo americano – financiamento privado com presença residual do Estado – do que do modelo inglês - de base solidária de financiamento - no qual foi inspirado.

No caso do sistema de saúde local, não há aqui números para afirmar que o aumento do financiamento privado tenha sido similar ao acontecido no Brasil, mas é possível supor que o mesmo não tenha crescido na mesma proporção que o

---

<sup>35</sup>ATM Associação transparência Municipal - François Breamaker



financiamento público do sistema local; ou seja, é possível assumir, com razoável margem de segurança, que a predominância do financiamento público em relação ao financiamento privado seja, no município, proporcionalmente maior do que no Brasil. Não obstante, tomando por base o crescimento exponencial dos recursos acima já anunciado, é possível afirmar que o sistema de saúde local não é subfinanciado, muito menos o foi no período estudado.

Essa realidade não apenas diferencia o sistema local do sistema brasileiro, nesse aspecto, como lança luz sobre como se comportaria o sistema de saúde brasileiro com um volume expressivo de recursos públicos, mantidas as suas demais características. Por exemplo, a predominância e o volume de recursos públicos aumentaria o poder de regulação do comprador dos serviços, independente da natureza como nos sistemas universalistas europeus? Obviamente que apenas essa variável não poderia responder a essas complexas questões, mas, de todo modo, é uma questão que se faz lógica na análise do ambiente político- institucional local, especialmente ante as escolhas feitas pelo poder público local na alocação dos recursos.

A propósito desse objetivo, a dinâmica alocativa desses recursos é um ponto central e tão importante quanto o volume dos mesmos. Mais uma vez, o que ocorre no município como um todo se reproduz no campo da saúde local. A flexibilidade das regras de utilização dos royalties permite uma grande autonomia alocativa pelo gestor municipal, estabelecendo uma lógica própria e contribuindo de forma decisiva na configuração das “regras do jogo” (North, 1995) que nortearão tanto as escolhas do comprador de serviços – o poder público - quanto o comportamento dos prestadores de serviços de saúde.

Há de se ressaltar desde já o nosso argumento e nossa hipótese explicativa desses fenômenos: os arranjos resultantes do processo decisório dos atores envolvidos representam um jogo de soma positiva; ou seja, comprador e vendedores de serviços tiveram ganhos expressivos com esses arranjos, não importa se políticos ou econômicos. Em outras palavras, o discurso dos prestadores filantrópicos e sem fins lucrativos em defesa dos ideais SUS e dos pobres que dele dependem não representam benevolência ou caridade – mesmo porque a relação da população com eles não é mais de favor, mas de direito; do mesmo modo, as decisões alocativas do poder público em relação aos prestadores privados não são fruto de

uma inocência em achar que um “leão possa mesmo ser vegetariano”, como bem cunhou Freitas (2009), deixando sob seus cuidados grande quantidade de recursos.

Há, sim, interesses envolvidos, os quais, se legítimos ou não, deixaremos a cargo do leitor avaliar, tendo em vista que o propósito desse trabalho é entender o resultado dessa configuração de interesses para o sistema de saúde local, ou seja, confirmar ou refutar a hipótese de que os arranjos daí derivados foram nocivos aos objetivos do SUS, em termos do alcance da universalidade no acesso e da integralidade da atenção. Destaca-se, finalmente, a importância e a relevância das entrevistas realizadas com três personagens que acompanharam de perto todo esse processo, embora sob diferentes perspectivas.

Um deles, que será chamado de entrevistado A, foi um ator central e protagonista de todo o processo que se desenrolou no período. Representante ativo de uma das instituições hospitalares e de um dos formadores de recursos humanos, era também presidente do sindicato dos hospitais. O outro, a quem nos referiremos como entrevistado B, esteve diretamente ligado a todos os secretários de saúde do município desde o ano de 2000 até a atualidade, tendo acompanhado ininterruptamente toda a dinâmica, na perspectiva do comprador dos serviços. E um terceiro que participa ativamente do CMS local desde a sua gênese. Os relatos de todos os entrevistados foram fundamentais para dar sentido e coesão a diversos aspectos que, embora presentes em documentos oficiais e/ou publicações na imprensa, com as informações por eles dadas passaram a ter um sentido em conjunto e uma conexão lógica.

Conforme explicitado no Capítulo 1 desse trabalho, o marco legal que determinou as novas regras para a forma de distribuição dos royalties foi a Lei 9478/97, conhecida como a Lei do Petróleo. No entanto, foi no ano de 1999, precisamente em 14/12/1999, que outro marco legal foi institucionalizado, no nível municipal, tendo sido determinante para o desenvolvimento do arcabouço político-institucional no campo da saúde local nos anos seguintes. Trata-se da Lei 6899/99, a qual autorizou o Chefe do Executivo a “destinar recursos da receita mensal recebida a título de compensação pela extração do petróleo e gás natural nas plataformas continentais, para a área da saúde”(Art 1º, Lei 6899/99).

Os termos contidos nessa Lei normatizavam as condições dessas transferências, as quais são fundamentais para entender a relação entre comprador

e vendedores de saúde – público e privados, com ou sem fins lucrativos - a partir de sua publicação:

- i) esses recursos poderiam ser repassados, durante os dez anos seguintes, aos órgãos públicos municipais de saúde e, "excepcionalmente, a organizações não governamentais de fins beneficentes e não lucrativos"<sup>36</sup>; e,
- ii) caberia ao Prefeito a prerrogativa de regulamentar as transferências a essa categoria de prestadores de serviços.

Sob o amparo dessa lei, uma série contínua de convênios foi celebrada entre o poder público municipal e os cinco hospitais filantrópicos/sem fins lucrativos locais, ficando excluídos, portanto, aqueles com fins lucrativos. Paralelamente, a administração indireta da saúde passou a receber expressivas somas desses recursos, chegando a responder por quase a metade do orçamento da saúde local, no entorno do ano de 2009. Ambas as situações tiveram dinâmicas próprias e peculiares, como será visto doravante: por um lado, pela força dos prestadores privados – com e sem fins lucrativos -, e por outro pela força do chefe do poder executivo municipal, o qual dispunha de grande autonomia na alocação desses recursos.

A primeira autorização para firmar acordos dessa natureza foi dada através da Lei 6946 de 24/05/2000. Essa formalização foi seguida pela celebração imediata do primeiro convênio institucionalmente pago com os recursos dos royalties do petróleo. O acordo foi descrito como uma "parceria de co-gestão" da entidade filantrópica com o governo municipal. Através dessa parceria, a conveniada cedeu suas instalações à Prefeitura, a qual encampou os serviços ambulatoriais do então SASE - Serviço de Assistência Social da Santa Casa de Misericórdia de Campos. -, seguindo o exemplo do SASPLAN- Serviço de Assistência Social dos Plantadores de Cana -, que também repassou ao município seus serviços de assistência ambulatorial.

Por outro lado, se no caso do SASPLAN o acordo estipulava um aluguel, o qual seria pago via compensação de um débito tributário, a contrapartida desse primeiro convênio a partir da lei municipal 6899/99 previa o repasse de R\$

---

<sup>36</sup> Art. 2º de Lei municipal 6899/99

200.000,000 (duzentos mil reais) para a Santa Casa de Misericórdia de Campos, tendo como objeto “a construção de um centro de diagnose, internação e instalação de equipamentos dirigidos à área cardiológica”, com o objetivo de “ampliar os serviços prestados a clientes do SUS”.

Logo em seguida, em 2001, foi a vez de o SASPLAN seguir o modelo de parceria com o poder público, nos moldes do que fizera a Santa Casa de Misericórdia no ano anterior. Nessa direção, pactuou um “Termo de Intenção” com o município de Campos dos Goytacazes - RJ – agora então firmado sob “regime de parceria”. - e não mais de cessão, como havia sido feito com seus postos de atendimento ambulatorial -, segundo o qual todos os seus 20 leitos de unidade intermediária (UI) neonatal e os 10 leitos de UTI neonatal ficariam disponíveis ao poder público, “visando à assistência integral à saúde da criança e aos usuários do Sistema Único de Saúde”<sup>37</sup>. Deste termo derivaram convênios sucessivos no valor de R\$ 2,6 milhões anuais, os quais foram renovados anualmente, até 2009, com base na referida lei municipal 6899/99.

Decisão igual foi tomada por outro hospital filantrópico, a Beneficência Portuguesa (SBPC), que também investiu em leitos de UI e UTI Neonatal. Tal como o SASPLAN, em 13 de outubro de 2005 esse hospital assinou convênio com o município de Campos dos Goytacazes - RJ, tendo como objeto “a implantação e funcionamento eficaz de serviços hospitalares de UTI e UI Neonatal” naquela unidade. O valor inicial do repasse era de R\$ 150 mil mensais até o último mês do ano seguinte, tendo sido renovado por termo aditivo em 02 de janeiro de 2007, por igual valor. Em 2008, novo convênio foi assinado, em 28 de maio, mas retroativo a janeiro do referido ano. O valor mensal, no entanto, passou para R\$ 225 mil, tendo sido reajustado automaticamente para R\$ 300 mil (o dobro do valor inicial, em 2005), também até 2009, quando os convênios foram suspensos, a partir da implementação do Termo de Compromisso de Gestão.

Nota-se nesses acordos algumas características interessantes desse processo de construção do ambiente político-institucional local, no período imediatamente posterior à promulgação da lei municipal 6899/99. Primeiro, em que pese o fato de que àquela época a cessão dos serviços ambulatoriais do setor privado para o setor público ter sido uma tendência em todo o país (Ugá e Marques, 2005), mesmo assim não é prudente perder de vista a afirmação feita por Venâncio

---

<sup>37</sup> Cláusula primeira do Termo Aditivo.

(2001) de que se configurou, no nível local, uma estratégia de repassar integralmente ao poder público os serviços ambulatoriais, não lucrativos, preservando o controle daqueles rentáveis.

Mas a característica mais importante a ser notada é a continuidade da lógica de o setor privado fazer investimento subsidiados pelo próprio poder público, tendo a compra do serviço produzido garantida pelo próprio financiador<sup>38</sup>, reproduzindo o modelo pré-SUS. Essa premissa se mostra clara no caso das UIs e UTIs neonatal, objeto desses convênios. Na tabela H, anteriormente disponibilizada, é possível constatar que, em 1999, o município não possuía nenhum leito de UTI neonatal, nem público nem privado, filantrópico ou não. Em relação à UIs, havia 39 leitos, todos privados – 14 em hospitais com fins lucrativos (dos quais apenas 4 cedidos ao SUS) e 25 em hospitais com fins lucrativos (todos cedidos ao SUS).

A tabela não informa se dentre esses leitos de UI havia algum de neonatal, mas essa hipótese é improvável, tendo em vista a conexão entre ambos os tipos de leitos e, ainda, o fato de os leitos de UTI estarem lá discriminados de acordo com suas respectivas especialidades. De qualquer modo, o fato relevante é que os novos leitos de UI e UTI neonatal também foram integralmente cedidos ao SUS, assim como eram todos os demais leitos de UI e UTI das unidades filantrópicas e da fundação privada que é um hospital escola.

Terceiro, se por um lado esses primeiros convênios foram movimentos isolados das unidades hospitalares – fato que mudou posteriormente -, a forma de financiamento desses serviços subsidiados - que de certo modo também preserva o modelo de financiamento pré-SUS -, não só foi mantido como fortalecido ao longo de todo o período de vigência dessa lei municipal, sem prejuízo e em paralelo à forma de remuneração implantada após o SUS, por orçamento global e fracionado em grupos de procedimentos.

De todo modo, o cenário para os prestadores privados de serviços de saúde naquele momento – fins da década de 90 e início dos anos 2000 – não era animador, de fato. Particularmente no que se refere às instituições filantrópicas, de acordo com Lobato (2000), aquelas que conseguiram investir em tecnologia se

---

<sup>38</sup>Embora no campo da saúde essa tenha sido uma característica de todo o sistema brasileiro pré-SUS, é interessante notar que esse era também o modelo padrão do setor sucro-alcooleiro, atividade econômica predominante no município de Campos dos Goytacazes – RJ e na qual foi por longa data protagonista, como foi mencionado anteriormente. Queremos aqui com isso sugerir que a cultura do investimento com risco zero, subsidiado pelo Estado, assim como, e por consequência, o desprezo por mecanismos accountability, por práticas gerenciais minimamente voltadas para uma gestão eficiente, e por meritocracia se reproduziu – ou se perpetuou – no campo da saúde.

descredenciaram do SUS e passaram a fornecer seus serviços para os financiadores privados, principalmente para os planos e seguros de saúde, os quais passaram a crescer progressivamente com a crise de financiamento do SUS – mesmo motivo pelo qual esses prestadores deixaram o sistema público brasileiro.

Por outro lado, ainda de acordo com essa autora, aquelas que não se desligaram do SUS, embora tenham buscado estimular o atendimento no sistema privado, continuaram com dificuldades de investir em tecnologias e se modernizar gerencialmente; e os hospitais universitários, “que deveriam ocupar papel específico de assistência especializada e pesquisa, com a crise do atendimento passaram a representar importante porta de entrada para o SUS, além de também terem sido obrigados a buscar fontes alternativas de financiamento, fazendo inclusive parcerias com o setor privado” (Lobato 2000:96-98).

Foi o que aconteceu no âmbito local, tanto em relação aos filantrópicos quanto em relação ao hospital escola. Os primeiros permaneceram todos não apenas vinculados, mas dependentes do SUS. O hospital escola local também passou a ser porta de entrada do SUS e, assim como os seus pares, fez parceria com o setor privado, particularmente a Unimed. E todos eles, sem exceção, buscaram incrementar suas receitas através do pagamento direto pelo usuário, que no caso deles é em sua enorme maioria de baixa renda. Essa forma de cobrança, muito regressiva, por sinal, cresceu enormemente mesmo após a celebração dos convênios entre o poder público e esses prestadores, e também será objeto de análise desse estudo.

Por outro lado, do ponto de vista do financiamento do sistema de saúde, conforme falado, o SUS já vivia uma situação crítica, com o baixo volume de recursos públicos para seu financiamento. No âmbito local, no entanto, o cenário se desenhava sob outra perspectiva, tanto no que se refere ao volume de recursos quanto aos critérios de utilização e suas respectivas contrapartidas. Havia abundância de recursos próprios, com tendência de crescimento - em razão das estimativas de aumento progressivo da arrecadação com royalties do petróleo –, e além disso com considerável liberdade alocativa.

Um caso narrado pelo nosso entrevistado A, um importante e influente ator no contexto político-institucional local – ilustra bem o panorama. Nos anos de 2000 e 2001 havia um projeto de se construir um novo hospital no município, o qual seria localizado em uma área densamente habitada, denominada Guarus. Após quase

dois anos de construção, foi inaugurado o Hospital Geral de Guarus, uma unidade pública de saúde construída totalmente com dinheiro dos royalties do petróleo.

Esse hospital foi concebido para ofertar leitos eletivos e procedimentos de média e alta complexidade, até então só disponíveis ao SUS por prestadores privados, embora filantrópicos e/ou sem fins lucrativos. Incorporado à administração indireta da saúde, aos poucos foi se tornando mais uma unidade de urgência e emergência, como melhor será explicitado adiante.

Naquela oportunidade, de acordo com nosso entrevistado A, uma quantia de 14 milhões de reais havia sido disponibilizada pela esfera federal – através de emenda proposta pela bancada de deputados do Estado - para a construção do hospital. De acordo com esse ator, o dinheiro não pôde ser repassado ao município pelo fato do mesmo estar inadimplente com o Ministério da Saúde, especificamente com o Siasf<sup>39</sup>. A opção do prefeito na época – Arnaldo Viana, o mesmo que sancionou a lei 6899/99 – foi utilizar o dinheiro dos royalties, ao invés de regularizar as pendências para receber a verba federal. Vale transcrever um trecho da entrevista, muito elucidativo nesse sentido:

*- “Arnaldo pegou 14 milhões de reais e fez o Hospital Geral de Guarus. Quando tinha 14 milhões destinados ao Hospital Geral de Guarus de emenda da bancada de federais do Rio de Janeiro.*

*- Então o senhor está dizendo que a verba do Hospital Geral de Guarus foi feita...*

*- Pela prefeitura*

*- E tinha esse dinheiro (do governo federal)?*

*- Tinha esse dinheiro, sim senhor. Esse é um dinheiro que estava lá, Feijó (Paulo Feijó, deputado federal na época) era um sub-relator na época da área de saúde. E Feijó era o Sub-relator e pegou os deputados do estado do Rio de Janeiro federais e fez uma bancada, botou 14 milhões pro Hospital de Guarus. Arnaldo como sempre estava inadimplente com o Siasf, não conseguiu pegar o dinheiro. “Não precisa, eu banco Hospital de Guarus da prefeitura de Campos”, bancou, foi feito com o dinheiro da prefeitura. Esses 14 milhões eu peguei, disse pra Feijó que esses 14 milhões são daqui de Campos, ele era o sub-relator mas não sabia, Feijó não fez a emenda quem fez a emenda foram os deputados do Estado do Rio. E Feijó quando foi (re)eleito para deputado federal com 110 mil votos, ele distribuiu esses 14 milhões, deu 1 milhão e meio para o Álvaro Alvim, 1 milhão e meio para a Beneficência, 1 milhão e meio para a Santa Casa, 3 milhões para Macaé.*

*-Macaé? Pro hospital ou pro município? Ou não sabe?*

---

<sup>39</sup> Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal

- Não, pro hospital de Macaé ...pro município, pro Hospital Municipal, 3 milhões pra Silvio Lopes, não era pra Silvio Lopes era para Prefeitura, enfim, deu 1 pro Álvaro Alvim, 1 e meio pra Santa Casa são 4 milhões e meio. Com mais 3 milhões...

- O senhor citou Álvaro Alvim, Santa Casa, Beneficência .E Plantadores?

- Não, não podia pegar dinheiro.

-Por que?

-Porque primeiro os Plantadores<sup>40</sup> não era filantrópico, agora que virou. E segundo estava devendo imposto..., não pode pegar. Deu 1 milhão pra Itaperuna, 500 mil pra Bom Jesus, 2 milhões pra Betinho Dauaire lá em São João da Barra, pra fazer o hospital em São João da Barra pra fazer a Santa Casa em São João da Barra, santa Casa não, o hospital de São João da Barra.... Foi isso mesmo um e meio lá pro Noroeste, dois, três e meio, com três e meio, sete, com sete com quatro e meio, onze e meio com mais quinhentos, doze milhões. Eles perdem o Ministério corta 20% do geral do dinheiro.

-Esse dinheiro seria destinado só pra Campos?

- Pra Guarus, só pro Hospital de Guarus e que Arnaldo não conseguiu pegar, e tudo bem. Então Arnaldo estava sempre inadimplente, Arnaldo estava sempre devendo documento não tinha jeito, não pegava nada<sup>41</sup>.

Na continuidade da entrevista, ele faz um relato curioso em relação à forma como supostamente o dinheiro dos royalties era usado:

*“- Arnaldo se achava rico, achava que o dinheiro da Prefeitura era dele, ele botava R\$20 mil reais em cada bolso, saía numa Hillux cabine dupla e o pessoal “Dr Arnaldo preciso de R\$500,00, toma aqui” ele ia lá e dava e usava o dinheiro da Prefeitura como se tivesse o dinheiro do bolso dele, usava o dinheiro da Prefeitura para dar as pessoas como se fosse dele, não é da Prefeitura, é dele, ele é o dono do dinheiro. Foi quando eu disse a ele que aquilo parecia o Emirado Árabe porque uns 15 anos atrás (sic) eu usei a expressão Emirados Árabes que todo mundo copiou e começaram a repetir.”*

Não havendo intenção de fazer qualquer juízo de valor acerca dos relatos do entrevistado A, o propósito da transcrição do relato é mostrar a flexibilidade na alocação dos recursos no município estudado. A Tabela I traz um exemplo objetivo dessa autonomia do gestor municipal no período. Tomemos por referência 2002, ano da inauguração do referido Hospital. Enquanto o orçamento da secretaria de

<sup>40</sup>Plantadores é o Hospital Plantadores de Cana que estava elegível, pela lei municipal, para receber dinheiro dos royalties, tendo feito no ano 2000 o convênio referente aos leitos de UI e UTI neonatal.

<sup>41</sup>O problema da inadimplência com os documentos e informações exigidas pelos órgãos federais é apontada pelos entrevistados como um dos motivos para a não habilitação à gestão plena do sistema de saúde municipal, quando da vigência das NOBs. Isso teria acontecido, por um lado, pela maior facilidade de obtenção de recursos via royalties, e por outro, pela inexistência de série histórica de diversos indicadores.



saúde foi de aproximadamente 37 milhões, o montante destinado ao gabinete do Prefeito nesse mesmo ano foi de 79,5 milhões de reais – mais que o dobro do orçamento da secretaria de saúde e 36 vezes maior que o seu próprio orçamento no ano anterior, que foi de aproximadamente 2,2 milhões de reais. Nesse mesmo sentido, o volume de recursos da Secretaria Municipal de Administração aumentou em quase cem milhões de reais, mais do que o triplo em relação ao ano de 2001. Esse incremento tem relação direta com as fundações públicas de saúde, órgãos da administração indireta, lógica que será explicitada adiante.

Tabela I - Evolução do orçamento total do Município, do Gabinete do Prefeito e das Secretarias de Administração e de Saúde - Campos dos Goytacazes - RJ - 1998 a 2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
SECRETARIA MUN DE SAÚDE	15.023.400	19.009.400	23.423.200	41.437.600	37.338.122	63.423.882
SECRETARIA MUN DE ADMINISTRAÇÃO	9.978.100	32.970.368	28.000.000	36.572.500	130.710.068	138.732.552
GABINETE DO PREFEITO	4.635.500	2.474.000	1.900.000	2.200.000	79.534.537	45.615.000
<b>ORÇAMENTO TOTAL DO MUNICÍPIO</b>	<b>91.120.000</b>	<b>136.980.508</b>	<b>144.160.000</b>	<b>228.925.100</b>	<b>434.257.950</b>	<b>465.342.466</b>

Fonte: Leis orçamentárias municipais dos respectivos anos - elaboração própria

Os anos de 2002 e 2003 são partes de um período muito importante para a análise da dinâmica do ambiente político-institucional no campo da saúde local, sobretudo pelo fato de naquele momento terem sido feitas escolhas alocativas pelo comprador de serviços, tanto em relação aos prestadores privados quanto em relação aos públicos. Quanto a esses últimos, deixaremos para detalhar essa dinâmica na última seção desse capítulo, para que a mesma não seja compreendida isoladamente, mas no conjunto dos arranjos e acordos patrocinados pelo Poder Executivo local. Assim, vejamos doravante como se deram as escolhas alocativas do setor privado.

Resumindo - e brevemente recapitulando - o que até agora foi visto acerca dos prestadores privados, especialmente os filantrópicos e sem fins lucrativos: i) são propriedade dos mesmos a quase totalidade dos leitos eletivos do município, os quais, por sua vez, são quase todos cedidos ao SUS. Ou seja, os hospitais dependem do SUS tanto quanto o SUS depende deles; ii) dois desses prestadores

implantaram leitos de UTI e UI neonatal, os quais não existiam localmente, e os cederam ao SUS.

A remuneração foi feita através de convênios exclusivos, cujas especificidades será vista logo adiante. É suficiente registrar, por ora, a semelhança desse modelo de financiamento com o modelo historicamente concebido no sistema de saúde brasileiro antes do SUS; iii) por fim, a saúde do município passou a receber amplo financiamento com royalties do petróleo em um momento de grande crise de financiamento dos serviços públicos de saúde, em nível nacional.

Esse último item, a abundância de recursos públicos local, oriundo dos royalties, aliada à referida crise de financiamento do SUS – realidade nacional - foram fatores mais do que suficientes para dar força e legitimidade à reivindicação das entidades sem fins lucrativos, acerca da necessidade de maior aporte de recursos pelo poder público. Dessa vez, no entanto, ao invés de negociações individuais e pontuais, o movimento foi em conjunto, sustentado por uma justificativa comum a todos: a necessidade de complementar a tabela de pagamentos do SUS, cujos valores estavam defasados.

Nessa direção, a estratégia adotada pelos hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos foi propor uma emenda ao orçamento do ano de 2003, a qual garantiria parte da verba da área da saúde para ser aplicada exclusivamente nas instituições filantrópicas e sem fins lucrativos. Um exemplo que ilustra aquele contexto foi uma reportagem publicada em dois periódicos locais<sup>42</sup>, na ocasião dos debates acerca do referido orçamento. A manchete e o subtítulo de uma das matérias diziam: “Hospitais devem verbas do município – Diretores de hospitais públicos<sup>43</sup> se reuniram com vereadores para reivindicar recursos”. Um trecho da matéria explicita que:

*“A intenção da emenda é auxiliar as atividades dos hospitais, que direcionam seus trabalhos para uma significativa maioria carente que não paga pelo atendimento. A Santa Casa, por exemplo, tem 85% de suas atividades pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é gratuito.”*

---

<sup>42</sup> Jornais Folha da Manhã e Monitor Campista, de novembro de 2002.

<sup>43</sup> Embora de natureza filantrópica, os hospitais conveniados do SUS são entidades de natureza jurídica privada. Não obstante, havia por parte da população em geral o entendimento de que os mesmos eram hospitais públicos, por atenderem majoritariamente aos usuários do SUS. Essa percepção era reforçada pela mídia e pelos discursos dos prestadores (Anexo 2).

Na sequência, o provedor desse mesmo hospital afirma, em relação ao mesmo tema<sup>44</sup>:

*“O município tem condições de atender à emenda com o dinheiro dos royalties. Se esse repasse não for feito, os hospitais terão que deixar de atender aos pacientes. O teto destinado aos conveniados vem sofrendo cortes de 150%”(sic).*

Em outro trecho da reportagem do jornal Monitor Campista, um representante também da Santa Casa de Misericórdia fala:

*“Há uma lei, de número 8080, afirmando que o município que tiver condições deve colaborar com os hospitais, deve ajudar”(sic).*

O movimento tomou corpo e ganhou o apoio tanto da população quanto dos vereadores. Do ponto de vista da população, havia a mesma percepção dos prestadores, ou seja, de que o poder público dispunha de fartos recursos e, por isso, nada justificaria a possibilidade de suspensão do atendimento nos hospitais considerados “públicos”. Da perspectiva da classe política, havia a certeza de que os serviços públicos de saúde, não importava por quem fossem prestados, não atendiam às expectativas da população. Ademais, o discurso do subfinanciamento do SUS era fato incontestável e quaisquer justificativas “técnicas” para os problemas do sistema de saúde local seriam pouco compreensíveis e até mesmo irrelevantes diante da necessidade objetiva da assistência médica por parte de seus eleitores.

Nesse sentido, uma proposta de emenda ao orçamento, elaborada pelo Sindicato dos Hospitais de Campos foi apresentada na Câmara de Vereadores, em dezembro de 2002, na audiência pública de elaboração do orçamento. A emenda foi aprovada para o ano seguinte, conforme o relato de nosso entrevistado A:

*Foi uma audiência pública do orçamento de 2003, feita em 2002, em outubro de 2002. E aí a unanimidade de vereadores acatou a minha proposta, eu era na época o presidente do Sindicato dos Hospitais de Campos, e eu elaborei a proposta, toda de minha autoria. Levei lá em nome do Sindicato, como presidente do Sindicato, apresentei e os vereadores aprovaram por unanimidade a proposta de se complementar a tabela do SUS. Na época dava 23 milhões ao ano, e aí eles aprovaram e transformaram numa emenda para o orçamento de 2003... na noite de 23 de dezembro de 2002 Arnaldo<sup>45</sup> sancionou a lei e só veio nos pagar em agosto de 2003.*

---

<sup>44</sup> Anexo 1

<sup>45</sup> Arnaldo Vianna, prefeito na época.

O montante financeiro teria sido dimensionado para complementar o equivalente a 3 vezes o valor da tabela referencia do SUS, “duas para os profissionais médicos e uma para os hospitais” de acordo com esse ator. Com essa medida, acreditava estar não apenas resolvendo o problema dos hospitais, mas também dos usuários do sistema público local, conforme relatou o entrevistado:

*“Aí pagando duas tabelas fiz o seguinte cálculo pra você ter uma idéia: O SUS pagando 3 tabelas do SUS equivalem a 1 tabela de plano de saúde. Na verdade eu estava dando nessa emenda, nessa tabela que eu bolei, nessa proposta, um plano de saúde para cada munícipe em Campos (...), todo o munícipe em Campos teria um plano de saúde igual ao da Unimed, quem que não queria operar pela Unimed, todo mundo queria Unimed (...) e não há nada na Lei que impeça que a prefeitura complemente, entendeu?”*

De fato, nada havia que pudesse impedir a implementação da proposta, do ponto de vista legal: primeiro porque o aporte estava respaldado pela Lei municipal 6899/99; depois, o repasse estava contemplado na referida Lei Orçamentária nº 7341, referente ao ano de 2003; e, finalmente, pelo respaldo dado pela Lei 8080/90, a qual prevê a possibilidade da participação do setor privado de forma complementar ao sistema público, recomendando em seu artigo 24 o formato dos convênios como uma das maneiras de formalizar a relação do SUS com os prestadores privados.

No entanto, havia outras questões que influenciavam a formatação e a implementação dos convênios que regulamentariam os repasses. Uma das principais era a tabela triplicada para o médico (duas pela Prefeitura, além da própria tabela SUS). Além de ter sido interpretada como corporativismo, em nada tinha vinculação com qualquer indicador de produção de cada unidade hospitalar, que, pelo menos em tese, nortearia o rateio dos 23 milhões entre os prestadores filantrópicos e sem fins lucrativos.

Além disso, como Campos dos Goytacazes é um município pólo (reúne procedimentos de todos os níveis de complexidade) e seus hospitais - tanto os de emergência quantos os filantrópicos – atendem à população de toda a região, poderia haver possibilidade de sobrecarga maior em seu sistema de saúde, em razão do maior incentivo financeiro dado a esses prestadores de serviços, conforme relatado abaixo pelo nosso entrevistado:

*“ (...) disseram que os médicos de Campos iam buscar pacientes em São Fidelis, São João da Barra e São Francisco pra operar aqui pra receber em dobro, difícil, como coisa que não tem em Campos paciente do SUS suficiente pra operar, mas enfim com essa história, aí diminuíram de duas tabelas para uma tabela, que na verdade seriam duas tabelas do SUS a prefeitura daria duas tabelas do SUS e o SUS uma, aí seriam três tabelas”*

Outro ponto relativamente polêmico era o valor global do aporte solicitado, não apenas por ter sido estipulado isoladamente pelo Sindicato dos Hospitais, tendo por base o multiplicador das tabelas, mas também em razão do percentual de defasagem dos valores dessa tabela, o qual nem os próprios prestadores tinham certeza. O fato é que o valor aprovado de 22 milhões de reais, para ser utilizado em apenas quatro dos cinco hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos do município, era bastante expressivo: mais de 150% acima do orçamento total da saúde do município de 1998, ano imediatamente anterior à lei que passou a permitir aplicar recursos dos royalties na saúde, inclusive para essa categoria jurídica de prestadores.

Mais que isso, tomando por referência o ano de 2002, o montante provisionado para o orçamento de 2003 era superior ao valor do teto financeiro do município naquele momento, o qual era de pouco mais de 1,67 milhão de reais mensais – algo em torno de R\$ 20 milhões anuais. O teto financeiro global, foi implementado pela Norma Operacional Básica do SUS em 1996 (NOB/SUS 96), e é o montante de recursos destinados pela esfera federal a Estados e Municípios, para o custeio de todas as ações e serviços de saúde no âmbito de suas respectivas atribuições, não importa se fornecidos por prestadores públicos ou privados.

O valor do teto financeiro é estimado com base nas Programações Pactuadas Integradas (PPI), que é um documento elaborado por cada município no qual constam as responsabilidades de cada um com vistas à garantia do acesso da população aos serviços de saúde, aí incluídos a assistência hospitalar e ambulatorial, vigilância sanitária, epidemiologia, etc. A elaboração da PPI envolve diretamente, dentre outros fatores, a capacidade de oferta de serviços de cada município, o seu nível de complexidade, além do número de habitantes.

Assim, sua execução integral depende eventualmente dos serviços disponíveis em outro município, que não existam em seu próprio território, o que implica na negociação com outros gestores municipais, tanto no que se refere ao volume de procedimentos quanto ao compartilhamento de valores monetários. É na

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)<sup>46</sup> que são negociados os ajustes e os valores finais do teto financeiro de cada município, os quais são previamente aprovados pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e apresentados à Secretaria Estadual de Saúde.

Sendo Campos dos Goytacazes um município pólo na região, inclusive por possuir serviços de média e alta complexidade não disponíveis na maior parte dos municípios ao seu redor, seu teto orçamentário, em tese, é dimensionado e negociado contemplando essa característica, na medida em que seu sistema de saúde absorve muitos pacientes não residentes em seu território. Também em função dessa característica, o montante quase sempre era considerado insuficiente – não sem razão -, principalmente pelos prestadores de serviços privados, os quais detinham a propriedade de praticamente todos os leitos hospitalares do município, com exceção daqueles de urgência e emergência.

Em uma reportagem do Jornal O Monitor Campista do dia 29 de março de 2003, por exemplo, o diretor de um dos hospitais filantrópicos mencionou que o valor do teto financeiro era ultrapassado em 600 mil reais mensais, “com severo prejuízo às unidades, as quais não recebiam pelo atendimento extra”. Na afirmação do provedor de outra instituição, nessa mesma reportagem, o valor ultrapassado seria de 50% do teto financeiro mensal, o que representaria um montante do “extra-teto” de aproximadamente R\$ 10 milhões anuais, valor que contemplaria o excedente de todos os prestadores, privados e públicos.

O “extra-teto” é uma denominação informal dada ao excedente financeiro decorrente de eventuais procedimentos realizados além do teto orçamentário do município<sup>47</sup>. Noutras palavras, é a quantidade de atendimentos realizados pelos prestadores, mas não pagos pelo comprador dos serviços, no caso a SMS ou o Estado<sup>48</sup>.

---

<sup>46</sup> Reiterando o que foi dito no Capítulo 1, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é uma instância colegiada de decisão do Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito estadual, composta por representantes dos Secretários Municipais de Saúde e por representantes das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde. A CIB foi criada pela Norma Operacional Básica - NOB/93 do Ministério da Saúde, que também criou a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, de âmbito nacional, a qual por sua vez, que reúne os gestores federal, estaduais e municipais do SUS.

<sup>47</sup> “É como se você convidasse 30 pessoas para jantar em um restaurante e depois só tenha dinheiro para pagar por 20, porque o teto era esse.” Ou outros dez são “extra-teto”, disse o entrevistado A.

<sup>48</sup> Quando o município não está habilitado na gestão plena dos serviços de saúde, o montante do teto financeiro é gerenciado pelo Estado. Quando está na gestão plena do sistema municipal, o município gerencia esses recursos. Essa premissa é uma importante questão no caso do município de Campos dos Goytacazes, o qual abriu mão dessa prerrogativa. Algumas hipóteses para explicar a lógica dessa decisão – partindo da premissa de que a mesma tem que ter sido racional -, surgirão adiante.

A eventual existência do “extra-teto”, portanto, pressupõe que o teto financeiro local seja supostamente insuficiente para cobrir os gastos com saúde no município.

Qualquer negociação para um eventual aumento no teto financeiro do município é feita através da CIB, assim como o pagamento de valores excedentes eventualmente autorizados. No entanto, em Campos dos Goytacazes o pagamento do “extra-teto” estava sendo feito pelo município, mediante acordo entre os prestadores e a Secretaria Municipal de Saúde, possivelmente respaldado pela lei municipal 6899/99, mas foi interrompido no mês de novembro de 2002, mês no qual foi apresentada a emenda orçamentária para 2003.

Em tese, o “extra-teto” em Campos dos Goytacazes nada tinha a ver com a complementação da tabela SUS, e, nesse sentido, a expectativa dos prestadores filantrópicos e sem fins lucrativos era de continuar a receber essa remuneração além e independentemente dos convênios que seriam feitos com a verba provisionada no orçamento. Ocorre que o aumento da tabela de procedimentos do SUS na proporção de 3 vezes o valor então vigente, condição proposta quando o montante foi incluído no orçamento, não foi aceito pela secretaria de saúde, que vetou a remuneração extra de duas tabelas para os médicos, conforme visto anteriormente .

Assim, a reivindicação do pagamento, pelo município, do teto financeiro excedido - o “extra-teto” - passou a ser adicionalmente uma forte justificativa dos prestadores filantrópicos e sem fins lucrativos para utilização de toda a verba provisionada para o orçamento do ano de 2003. Dito de outro modo, os prestadores de serviços privados sem fins lucrativos tinham à sua disposição um montante de recursos que não seria todo utilizado apenas com a complementação da tabela SUS, e precisavam de justificativa para a utilização desses recursos destinados apenas a eles.

A temática do teto financeiro e do eventual “extra-teto” remete a questões regionais, que no caso do Norte Fluminense não se restringem apenas aos montantes e a outras variáveis definidas e atribuídas à CIB, instância estadual. É inegável que, no aspecto regional/local, o aumento das receitas com os royalties implementou uma dinâmica específica para o financiamento dos sistemas de saúde dos municípios da região Norte Fluminense. Isso se deu não somente em razão do aumento do volume de recursos aplicados à saúde, mas também pelo fato dessa receita ser concentrada integralmente no poder público municipal.

Na prática, os municípios passaram a comprar serviços privados com esses recursos próprios, sem que houvesse necessariamente qualquer irregularidade nisso – no caso de Campos dos Goytacazes, como visto, uma lei foi aprovada para esse fim. A questão que se coloca, para além do volume de recursos e do respaldo legal, é a dinâmica própria que essa possibilidade alocativa de recursos imprimiu à institucionalidade das relações com o SUS, e mais particularmente no que se refere ao seu financiamento, no âmbito regional.

Tendo em vista que a situação dos demais municípios da região Norte Fluminense era similar à de Campos dos Goytacazes - RJ na composição dessa receita, ou seja, embora o volume de suas receitas seja menor do que a desse município pólo, dispõem do mesmo grau de autonomia para a utilização da maior parte dos recursos da saúde, sem as vinculações e mecanismos indutores contidos nas regras alocativas das transferências tradicionais, caberia perguntar: porque os Prefeitos ou secretários de saúde dessa região iriam sentar à mesa, numa esfera regional ou estadual, para negociar metas e integrar planejamentos se todos têm recursos livres e fartos para comprar serviços de saúde, inclusive do privado, atendendo às necessidades imediatas de seus munícipes?

Em sua pesquisa acerca dos efeitos da não implantação da regionalização da saúde na região Norte Fluminense, à luz da NOAS 01/01, Siqueira (2011) afirma que "a insuficiência de recursos financeiros para custeio das internações hospitalares, a exemplo do que acontece no pólo Campos dos Goytacazes, obriga os municípios a efetuarem glosas sobre o faturamento apresentado, a fim de ajustá-lo ao teto",

Por outro lado, também comprova em seu trabalho que, exceto em Campos dos Goytacazes - RJ, município pólo, em todos os demais municípios houve sobra nos respectivos tetos orçamentários. Apesar disso, esses recursos não foram utilizados, ressaltando que a gestão dos mesmos se dá no nível estadual, visto que todos os municípios envolvidos eram, no ano de 2007, habilitados apenas na Gestão Plena da Atenção Básica (Siqueira, 2011).

Nesse sentido, seria consequência direta supor que todos os municípios da região possam ter deixado de prestar serviços à sua população, mesmo tendo recursos disponíveis para isso, ou que sobraram recursos de seus orçamentos, mesmo depois de atendidas todas as demandas, hipóteses ambas improváveis. A mesma autora afirma que "evidências apontam para o pagamento de internações às Unidades Hospitalares em caráter privado e utilizando-se de recursos próprios



municipais, a fim de garantir o acesso à assistência. É por isso que elas não são registradas na base de dados do SUS." (Siqueira, 2011:136).

Sustentando segura argumentação, Siqueira (2011) conclui que a regionalização da saúde, preconizada pela NOAS 2001, não foi implantada na região Norte Fluminense, mostrando em seu trabalho os efeitos negativos dessa não implantação. Considerando, em tese, não ser racional a recusa de recursos financeiros disponíveis (ou, pelo menos, um maior controle sobre os mesmos), é bastante provável que a liberdade na alocação dos recursos por parte do gestor, fortalecida por um contexto de perseverantes relações patrimonialistas e de consolidados interesses privados na saúde, contribuam para o desinteresse pela pactuação e negociação que levariam à otimização do uso dos tetos financeiros de cada município.

Com efeito, a ausência de contrapartidas e a flexibilidade na prestação de contas (*accountability*) não são elementos de tão simples entendimento, no contexto regional. Isso porque, além de serem aspectos entranhados na cultura local, em razão dos longos anos de subsídio estatal ao setor sucroalcooleiro, da lógica da concentração produtiva e, sobretudo, da centralização das receitas financeiras no poder público - como atualmente acontece com o recebimento de royalties pela produção de petróleo - perpetua as características historicamente patrimonialistas nossa sociedade.

## 2.2 - A lógica de alocação dos recursos e o jogo de soma positiva que definiram a relação público-privada na área da saúde

A lógica de ação dos atores e dos seus respectivos processos decisórios envolvidos na alocação dos recursos guarda continuidades e contradições nela implícitas, sendo, por isso, um elemento de fundamental importância para a compreensão da relação público-privada na saúde no município de Campos dos Goytacazes – RJ. Nesse sentido, a análise do discurso e do comportamento desses atores é de fundamental importância tanto para a compreensão dos fatores que levaram o município estudado a optar por permanecer habilitado apenas na gestão plena da atenção básica do seu sistema de saúde, quanto para avaliar as consequências dessa escolha para o SUS local.

Retomando o que foi exposto anteriormente pelo entrevistado A, os recursos provisionados na emenda aprovada em dezembro de 2002 só foram pagos a partir do mês de agosto de 2003. Esse atraso levou a pressões dos prestadores privados, tanto no campo político como na mídia local, e deu ensejo a um documento do Sindicato dos Hospitais do Norte Fluminense, presidido pelo mesmo entrevistado A, no qual novamente eram explicitados, com detalhe e fundamentação, os motivos da alegada crise financeira dos hospitais.

O documento sintetizava em três tópicos aquilo que, na perspectiva de seus associados, deveria ser feito pelo poder público local para resolver o problema: i) complementar as tabelas do SUS, através de convênios com os hospitais, baseados no orçamento aprovado para 2003 e conforme decisão do Conselho Municipal de Saúde; ii) pagar o “extra-teto” desde dezembro de 2002 em diante; iii) e, demonstrar tecnicamente e pressionar politicamente a CIB acerca da necessidade de aumentar o teto financeiro do município.

Do ponto de vista legal, nada havia que pudesse impedir a implementação da proposta: o aporte estava contemplado na Lei Orçamentária nº 7341, referente ao ano de 2003, respaldada pela Lei municipal 6899/99 e, ainda, pelo Conselho Municipal de Saúde, o qual em sua reunião do dia 24/03/2003, autorizou a celebração desses acordos, baseados nesses citados marcos legais. Além disso, estava em total acordo com a Lei 8080/90, a qual prevê a possibilidade da participação do setor privado de forma complementar ao sistema público,

recomendando em seu artigo 24 o formato dos convênios como uma das maneiras de formalizar a relação do SUS com os prestadores privados.

Quanto ao teto financeiro do município, o mesmo foi majorado em mais 200 mil reais a partir de junho de 2003, provavelmente como efeito da pressão desses prestadores e do movimento da secretaria municipal de saúde junto à CIB. No entanto, havia um detalhe o qual também colaborou para retardar esse processo como um todo: se da perspectiva dos prestadores privados filantrópicos e sem fins lucrativos o acordo atenderia integralmente aos seus interesses, para os prestadores privados com fins lucrativos o panorama era diametralmente oposto.

Isso porque, além do fato de os mesmos não serem beneficiados pelo vultoso montante da verba provisionada no orçamento - por não poderem ser contemplados com dinheiro oriundo dos royalties, de acordo com a Lei 6899/99 -, se o “extra-teto” fosse pago no conjunto do valor provisionado no orçamento para os filantrópicos – e não como estava sendo feito pela Prefeitura até novembro de 2002, os prestadores com fins lucrativos igualmente não poderiam receber nada, por aquela questão legal. Em suma, seriam beneficiados apenas com parte do aumento do teto financeiro autorizado pelo Estado.

A insatisfação dos prestadores privados com fins lucrativos foi pauta da reunião do Conselho Municipal de Saúde local no mês de julho de 2003. Na época, o CMS era presidido pelo médico Alexandre Mocaiber, então Secretário de Saúde, o qual foi um personagem central na dinâmica de construção do ambiente político institucional local, no período estudado, conforme será detalhado no próximo capítulo.

Um Conselheiro do referido segmento argumentou que a Lei 6899/99, a qual restringiu o repasse da verba dos royalties apenas aos prestadores privados que fossem sem fins lucrativos ou filantrópicos, acabou prejudicando o Hospital Dr. Beda e o IMNE – Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia. O IMNE é um poderoso grupo empresarial privado que atua na área de saúde local. Possui duas grandes unidades hospitalares geral, um plano de saúde próprio, um importante laboratório de análises clínicas, unidades de fisioterapia, além de ser credenciado ao SUS para procedimentos de média e alta complexibilidade dentre outros.

De acordo com o Conselheiro, teor da referida Lei dava tratamento desigual aos hospitais que atendem ao SUS, o que não seria correto, segundo ele, pois os hospitais que atendem ao SUS seriam todos “remadores do mesmo barco que

carrega a saúde do Município”. Nesse sentido, o Conselheiro apelava para o caráter deliberativo do CMS, a fim de alterar aquela situação. Transcrevemos abaixo parte do teor da referida Ata<sup>49</sup>.

*“O Presidente do Conselho Municipal de Saúde, Doutor Alexandre Mocaiber, deu início a reunião com a leitura e aprovação da ata da última reunião de forma unânime. Inicialmente, o Conselheiro Delson Gomes Azevedo pediu a retificação de seu nome. O Conselheiro Airton Crespo fez referência a Lei Municipal que contempla os hospitais que prestam serviços para o Sistema único de Saúde com finalidade filantrópica, na sua opinião o hospital Doutor Beda e o Instituto de Medicina Nuclear e endocrinologia ficaram prejudicados. O Presidente fez referência sobre o assunto informando que estava sendo realizada uma reunião na Procuradoria Geral com os representantes dos hospitais para solucionar o impasse sobre repasse e o teto para cada hospital conveniado ao Sistema Único de Saúde: Doutor Mackoul Moussallem – Hospital Escola Álvaro Alvim Doutor José Manoel Moreira – Hospital dos Plantadores de Cana; senhor Benedito Marques dos Santos Filho – Santa Casa de Misericórdia de Campos; Doutor Marco Antônio Gomes Veloso de Carvalho – Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, justificando o atraso dos mesmos.*

*O Presidente deu a palavra a Conselheiro Airton Crespo que falou sobre o item convênio para ajuda financeira aos hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde nos seguintes termos: O Conselho é órgão deliberativo e fiscal onde se expressa o posicionamento dos diversos segmentos da sociedade e influenciando nas soluções; a questão da falta de repasse aos hospitais conveniadas ao Sistema Única de Saúde é catastrófica em relação aos outros hospitais que foram beneficiados pela Câmara como instituições filantrópicas e de ensino; o hospital Doutor Beda tem mais de sessenta por cento de produtividade ao atendimento ao Sistema Único de Saúde, já que não pode haver tratamento desigual e todos os hospitais que atendem ao Sistema Único de Saúde são remadores de um barco que carrega a Saúde do Município; os hospitais também têm dívidas e precisam saudar os seu débitos; esclarece, ainda, que da mesma forma que foram ao Ministério Público, vem ao Conselho em busca de ajuda e justiça para resolver o problema e agradece ao Presidente mais uma vez a oportunidade de se manifestar no Conselho solicitando uma solução. O Presidente explicou que a Lei na Câmara que possibilita o auxílio aos hospitais é clara e refere-se apenas os hospitais filantrópicos e de ensino e que o próprio Ministério Público reconhece que não tem como modificar a Lei da Câmara que beneficia somente os hospitais filantrópicos; vai ser pago o extra teto de janeiro de dois mil e três até agora a todos que fizeram atendimento de Maio independentemente de ser filantrópico ou de ensino; informou ainda que Dr. Wilson de Assis vai estar em Campos dos Goytacazes amanhã, vinte e três de julho e já foi entregue um documento a ele solicitando o valor do AIH para Campos”*

---

<sup>49</sup> Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, em 22 de julho de 2003 (Anexo 6).

A formatação do acordo resultante dessas demandas levadas ao CMS acabou sendo um fator determinante na definição das “regras do jogo” (North, op.cit) que viriam a moldar a configuração do ambiente político-institucional no município, ao longo dos anos vindouros, particularmente no campo da saúde. O documento que o formalizou foi um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), do qual participaram, por um lado, o município – representado pelo Secretário de Saúde (o qual era o próprio Presidente do CMS) – e, por outro, apenas os prestadores filantrópicos e sem fins lucrativos conveniados do SUS.

Datado do dia 31 de julho de 2003, esse TAC foi resultado de uma audiência pública entre as partes, realizada no dia 22 de julho desse mesmo ano, na sede da Procuradoria Geral do Município, tendo como motivação o fato de o dinheiro previsto no orçamento em dezembro de 2002, e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em março de 2003, ainda não ter sido repassado aos hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos. As justificativas foram assim explicitadas:

*“Aberta a audiência foram expostas pelos diretores das Unidades Médicas presentes as dificuldades que afligem os hospitais do Município em decorrência dos atendimentos ao SUS, cuja tabela não atende aos custos dos procedimentos médicos, ambulatoriais e hospitalares realizados. Ademais a situação é ainda mais grave em razão do não pagamento dos procedimentos extra-teto que vêm sendo glosados pelos órgãos públicos competentes. Por isso ficou acertado, em trinta e um de Julho de 2002, que o Município de Campos se responsabilizaria pelo pagamento do extra-teto, o que foi feito até Dezembro do ano passado. Neste ano de 2003, entretanto, nova dívida foi acumulada nos meses de Janeiro a Junho, sufocando novamente as instituições Hospitalares do Município”.*

Apesar de, no documento, o município reconhecer a existência do passivo do extra-teto e se comprometer a efetivar os convênios com os prestadores filantrópicos e sem fins lucrativos, essa solução, contudo, não era suficiente para atender às demandas dos prestadores privados com fins lucrativos, reivindicadas no Conselho Municipal de Saúde. Nesse contexto, assim foi redigido o artigo segundo do referido Termo de Ajustamento de Conduta:

*“A partir de 1º de Agosto, havendo extrapolação do teto financeiro do Município, o bloqueio das faturas incidirá preferencialmente sobre os Hospitais Públicos, Filantrópicos e de Ensino. Neste caso, o Município se compromete a não realizar bloqueio das faturas apresentadas pelos demais Prestadores de Serviço da rede conveniada aos SUS, desde que não excedam os limites estabelecidos pela Secretaria Municipal da Saúde.”*

Pelo menos dois fatores merecem destaque nessa importante etapa da definição das escolhas alocativas dos recursos, no período estudado – em ambos os casos, chama a atenção o papel exercido pelo poder público, comprador dos serviços. O primeiro é que, para atender às demandas dos prestadores privados com fins lucrativos<sup>50</sup>, o município tende a flexibilizar o controle das faturas apresentadas por esses prestadores, mesmo que tenha havido referência a um limite estabelecido pelo município, o qual, por dedução, seria o valor do teto financeiro<sup>51</sup>.

O segundo fator, o qual corrobora o anterior, é que a assinatura do Termo de Ajustamento de Conduta foi uma decisão política. Explica-se: sem em nenhum momento contestar a necessidade dos prestadores de serviços – com e sem fins lucrativos – nem a legitimidade de suas reivindicações, todas as demandas então colocadas por eles poderiam ser atendidas sob outro formato, com a habilitação do município à gestão plena do seu sistema de saúde.

Dito de outro modo, tendo em vista que um dos principais efeitos da habilitação à gestão plena seria o município ter sob sua gestão todos os prestadores de serviços, públicos e privados, de sua jurisdição (vale lembrar, era exigência ter um sistema de auditoria e um efetivo funcionamento dos núcleos de regulação), o aporte de recursos poderia ter sido feito com maior grau de controle e com critérios e contratos mais universais.

Ainda, esse maior poder de controle sob os prestadores, aliado à ampliação do volume de recursos, distribuídos a partir de uma fonte unificada de financiamento daria ao poder público uma força diferenciada na relação com o setor privado, em

---

<sup>50</sup> Nota-se, inclusive, que os prestadores com fins lucrativos são referidos na cláusula como os demais prestadores, não sendo mencionados explicitamente no documento, diferente do que aconteceu com os prestadores públicos e os sem fins lucrativos e os filantrópicos, citados textualmente.

<sup>51</sup> Há de se considerar que o documento não define esses limites, e que, ao deixar em aberto tal definição, possibilita que a mesma seja alterada a qualquer momento. Ademais, mesmo que esse limite estivesse claro, isso por si só não seria suficiente para um efetivo controle e regulação do sistema de saúde local.

particular. No mínimo, sinalizaria a disposição do comprador dos serviços de tomar um caminho, na formulação das políticas de saúde locais, bastante diferente daquele que foi trilhado com a opção pela assinatura do TAC.

Evidentemente, não estamos sugerindo que os resultados dessas políticas seriam diferentes daqueles verificados com a escolha feita, mas é fato que a configuração do ambiente político-institucional da saúde local, assim como a lógica alocativa dos recursos, não teriam sido as mesmas. E é esse contexto que reforça a questão central desse trabalho: porque o município de Campos dos Goytacazes – RJ, no uso de sua autonomia política, optou por não alterar seu vínculo com as políticas centrais do SUS desde sua habilitação à gestão plena da atenção básica, em 1998, até a implementação do ao Termo de Compromisso de Gestão, em 2009, mesmo tendo todas as possibilidades, estruturais e materiais, para assumir a gestão plena de seu sistema de saúde, no âmbito da vigência das NOBs/NOAS?

Ou seja, partindo da premissa lógica de que as escolhas e decisões dos atores tenham sido sempre racionais (inclusive aquelas do comprador dos serviços), torna-se relevante buscar entender os ganhos almejados e obtidos pelos mesmos. Com efeito, a opção pela assinatura do TAC é um evento fundamental nesse sentido, tanto pelo fato do município continuar não habilitado à gestão plena do seu sistema de saúde, quanto por destacar a abrangência dos acordos e a amplitude do jogo de soma positiva que ali começam a se consolidar.

Entre os prestadores, esses ganhos estavam claros. Por exemplo, os termos do acordo definidos pelo TAC mostram uma aparente contradição: se os prestadores filantrópicos argumentavam e afirmavam que seus procedimentos executados extrapolavam o teto financeiro do município, causando-lhes prejuízo mensal, porque estariam aceitando que o bloqueio incidisse preferencialmente sobre eles, numa concessão aparentemente contraditória à motivação de sua reivindicação?

O arranjo final da audiência pública tinha uma lógica utilitária para todos os envolvidos. Para os prestadores de serviços filantrópicos e sem fins lucrativos, a melhor estratégia era garantir a alocação da verba de 22 milhões de reais (como realmente foi feito imediatamente depois, com a assinatura dos convênios), já autorizada no orçamento - e cujo montante era maior que o teto financeiro de todo o município para aquele ano -, abrindo mão de parte da sua receita do teto financeiro em favor dos prestadores privados com fins lucrativos, viabilizando o acordo e mantendo, mesmo assim, duas fontes de receita de origens distintas.

E os prestadores com fins lucrativos, que num contexto de verbas crescentes viram-se aliados dessa importante fonte de receitas com royalties, puderam ser contemplados com uma parcela muito maior do teto orçamentário, tendo preferência no pagamento dos procedimentos por eles apresentados à Secretaria Municipal de Saúde.

Os conjuntos de gráficos 60, 70, 80, 90 e 110 confirmam a implementação do acordo desse TAC, mostrando seus efeitos nos anos seguintes<sup>52</sup>. Verifica-se que a proporção de procedimentos dos prestadores privados aumenta em relação à quantidade total de procedimentos, quando comparamos a quantidade aprovada com a quantidade apresentada. Dito de outro modo, a quantidade aprovada de procedimentos diminuiu em relação à quantidade apresentada apenas para o prestador público. Ao contrário, a quantidade de procedimentos aprovados não diminuiu em relação à quantidade de procedimentos apresentados pelos prestadores privados.

Embora não tenha como saber se houve transferência de quantidade de procedimentos aprovados do privado sem fins lucrativos para o privado com fins lucrativos, tendo em vista que no gráfico estão agrupados todos como privados, fica claro que a quantidade total de procedimentos aprovados diminuiu em relação à quantidade total de procedimentos apresentados em razão da diminuição do pagamento dos procedimentos apresentados apenas pelos prestadores públicos.

Em alguns casos, como nos exames ultrassonográficos, há inclusive uma inversão na proporcionalidade, ou seja, a quantidade apresentada desses procedimentos pelos prestadores públicos<sup>53</sup> é maior do que a apresentada pelos prestadores privados, ordem que se inverte quando analisada em relação à quantidade aprovada. Observa-se também que esses fenômenos ocorrem a partir de 2004, ano seguinte ao TAC - e não se verifica nos anos anteriores a 2003 -, sendo resultado da operacionalização do acordo.

A efetivação dos convênios entre o setor privado sem fins lucrativos e o poder público municipal acontece, então, com base nos parâmetros definidos pelo referido Termo de Ajuste de Conduta. E foram essas as principais “regras do jogo” (North,

---

<sup>52</sup> Ver páginas 233 a 238

<sup>53</sup> O aumento da quantidade de exames ultrassonográficos realizados pelo prestador público a partir de 2003 é em razão da oferta desses procedimentos pelo Hospital Geral de Guarus, a unidade pública inaugurada em 2002. No entanto, se desmembrados esses exames em procedimentos eletivos de urgência, verifica-se que o prestador público concentra-se quase integralmente nos de urgência, e os filantrópicos o inverso.



op.cit) que viriam a nortear as decisões alocativas na era dos royalties – vale reiterar, período no qual o município utilizou sua autonomia política para optar por não habilitar-se na então gestão plena do seu sistema de saúde<sup>54</sup>.

Foi também nesse mesmo documento que ficou definido o rateio do volume total do convênio com os hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos, para o ano de 2003. Conforme pode ser visto na Tabela J, o município concede o valor de 2,6 milhões a título de ajuda emergencial, justificado, no próprio documento, pelo reconhecimento, por parte do poder público, de uma “dívida decorrente do extra-teto do período anterior a primeiro de agosto de 2003, constante no ajuste anterior”.

Tabela J - Valor mensal dos repasses dos convênios do município com as instituições filantrópicas e sem fins lucrativos da área de saúde - Campos dos Goytacazes - RJ - 2003

HOSPITAL	VALOR MENSAL	AJUDA EMERGENCIAL
HEAA	R\$ 350.000,00	R\$ 700.000,00
HPC	R\$ 250.000,00	R\$ 500.000,00
SBPC	R\$ 300.000,00	R\$ 600.000,00
SCM	R\$ 400.000,00	R\$ 800.000,00
TOTAL	R\$ 1.300.000,00	R\$ 2.600.000,00

Fonte: Termo de Ajuste de Conduta (TAC) de 31/07/2003 - elaboração própria

O primeiro documento celebrando os convênios com os hospitais filantrópicos foi assinado e publicado no dia 21/08/2003. Referia-se à essa verba emergencial acordada no TAC, e teve vigência de apenas 60 dias, mas com pagamento retroativo. O objeto discriminado nesse curto convênio era “custear despesas com manutenção de entidade no desenvolvimento de suas atividades afins”. Referia-se, portanto, à acordada ajuda emergencial. Foram feitos quatro documentos separados, mas iguais em teor e forma, individualizando os diferentes valores por instituição.

Embora previsse possibilidade de renovação via termo aditivo, em 31/10/2003 novos documentos foram assinados<sup>55</sup> com vigência de 14 meses - os convênios

<sup>54</sup> De novo, essa decisão influenciou diretamente toda a configuração do ambiente político-institucional local, inclusive em relação à estratégia paralela de fortalecimento da administração indireta da saúde - através do financiamento dos hospitais públicos com o dinheiro dos royalties, conforme será abordado na próxima seção desse capítulo.

abrangiam os dois últimos meses de 2003 e todo ano de 2004. Apenas duas mudanças houve, em relação ao anterior. Uma, específica, que aumentava o valor mensal do Hospital Escola Álvaro Alvim (HEAA) de R\$ 350 mil para R\$ 400 mil – assim, os valores mensais repassados passariam para R\$ 1,35 milhão, totalizando R\$ 16,2 milhões anuais. E a outra, muito importante, referente às justificativas para o acordo.

A Tabela K mostra os valores repassados às instituições sem fins lucrativos, no período de 2003 a 2009. No ano de 2003, o valor foi repassado apenas a partir do mês de agosto, pelas razões explicitadas anteriormente. É possível perceber que nos anos de 2006 a 2008, o valor foi o mesmo (R\$ 14,4 milhões). Essa teria sido também a quantia acordada previamente para o ano de 2004, cujo convênio foi assinado por 14 meses, em novembro de 2003. No entanto, o valor foi maior por que, em 2003, a verba da ajuda emergencial não tinha sido paga até a efetivação da renovação. Assim, o valor da referida ajuda – na verdade, dos dois meses faltantes - foi diluído nas 14 parcelas do contrato seguinte.

Tabela K – Valor total dos convênios celebrados entre o município e as instituições filantrópicas e sem fins lucrativos da área de saúde (milhões de reais) - Campos dos Goytacazes - RJ - 2003 a 2009

ANO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
VALOR MENSAL	1,3	1,35	0,6	1,2	1,2	1,2	1,2
REPASSES EXTRAS POR ANO	2,6	X	2,7	X	X	X	X
VALOR TOTAL DO ANO	15,6	16,2	9,9	14,4	14,4	14,4	10,8

Fonte: Extratos dos convênios publicados no D.O. do município - elaboração própria

Essa mesma tabela mostra mais dois detalhes relevantes: um no ano de 2005 e outro no ano de 2009. Nesse último ano, o convênio foi celebrado apenas até o mês de setembro, em razão da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, no mês de outubro. E em 2005, o repasse foi menor que no ano anterior, tendo caído substancialmente - de 16,2 milhões para 9,9 milhões. Não foi possível saber com exatidão o motivo que levou a isso; no entanto, é possível entender por que, nos anos seguintes, os repasses voltaram ao patamar anterior.

<sup>55</sup> Extratos de convênios - um por hospital, publicados no D.O. do município em 02/11/2003.

Nas suas edições do dia 18 de outubro de 2005, dos jornais Folha da Manhã e O Diário, os hospitais sem fins lucrativos do município anunciaram uma greve de um dia. Um dos periódicos estampou em sua manchete principal: “Hospitais Filantrópicos páram 24 horas em Campos: Santa Casa, Beneficência, Plantadores e Álvaro Alvim “cruzam os braços””. O corpo da reportagem explicava que a greve era em protesto contra a baixa remuneração do SUS, mas esclarecia que, com “o intuito de não prejudicar os pacientes, serão mantidos os atendimentos de emergência, urgência e tratamento de pessoas internadas” - como se isso não fosse uma obrigação legal.

Na sequência, o provedor da Santa Casa justifica a finalidade do movimento, que seria um repúdio em busca de melhoria, não só para os hospitais, mas também para o atendimento da população, visto ser impossível continuar a funcionar com uma defasagem de 110% na tabela de honorários. Complementa o provedor com uma declaração citada entre “aspas” na referida reportagem:

*“O governo tem nos imposto uma obrigação que é dele, constitucionalmente. Se o governo diz que ‘saúde é um direito de todos’ tem que dar. No entanto, ao invés de co-gestores, os hospitais filantrópicos têm feito o papel de gestor, que é do governo. É um absurdo um médico receber R\$ 2 por consulta e o hospital receber somente R\$ 55 por cada R\$100 de serviço prestado”.*

E complementa, acerca da “greve” e da decisão de distribuir 50 mil panfletos nas imediações dos hospitais:

*“Faremos isso por que é de interesse do povo, que tem como plano de saúde o SUS. Vamos explicar por que estamos parando e do que estamos precisando para atender com mais dignidade”.*

Nos anos seguintes, o valor dos repasses voltou ao patamar mais alto, ficando em torno de R\$ 14,4 milhões por ano, até 2008<sup>56</sup>, fora os convênios individuais referentes a outros serviços, como, por exemplo, aqueles celebrados para as UI e UTI neonatal com dois dos hospitais.

Essas transcrições evidenciam a força do simbolismo da filantropia, tanto em relação às supostas obrigações do poder público para com as instituições sem fins lucrativos quanto na relação destas com seus “assistidos”, mesmo em um contexto legal que garante direitos inalienáveis aos cuidados com a saúde, materializados no

---

<sup>56</sup> Anexo 8

SUS através do acesso universal e integral aos serviços. Sem dúvidas, o teor do discurso que norteia a relação dos filantrópicos com seu financiador e com a população fortalecia a legitimação das reivindicações dos hospitais, na medida em que a finalidade alegada contemplava um alegado interesse coletivo, o qual deveria ser garantido pelo poder público.

É fato que os prestadores de serviço conseguiram, ao longo dos anos, produzir intensa mobilização e apoio da opinião pública a favor aos seus interesses, especialmente através dos meios de comunicação, sob o discurso de que “o SUS paga pouco”, “a situação financeira dos hospitais é insustentável”, “a população vai ficar sem atendimento” e “a responsabilidade de tudo isso é do poder público”.

Esses discursos foram utilizados todas as vezes que o convênio estava para ser renovado ou quando havia algum atraso no repasse. Em que pese o fato de algumas alegações terem sido verdadeiras nos anos anteriores à celebração dos convênios, o aporte de recursos parece não ter mudado em nada a situação inicial. Ademais, a retórica do caos criou um imaginário popular de que a solução para todos esses problemas era repassar dinheiro para os hospitais filantrópicos, muitas vezes considerados hospitais públicos por boa parte da população, que obviamente não percebia o ônus para si própria, derivada da manutenção desse *status quo*. Um exemplo disso foi a persistência do problema da “consulta social”.

A chamada “consulta social”, é a cobrança por consultas especializadas e exames complementares, nos hospitais conveniados do SUS. Tais instituições, filantrópicas e universitárias, oferecem atendimento imediato ao paciente que necessita desses procedimentos, mediante o pagamento de uma taxa em dinheiro, pelo usuário. O valor é cobrado pelo hospital, que repassa entre 50% a 60% do total para o profissional.

A análise de Melo (2004) comparou o perfil sócio-econômico dos usuários do SUS e dos pagantes da “consulta social”, e revelou ser essa cobrança altamente regressiva. Nada menos do que 68,5% das famílias do segmento “social” tinham renda mensal familiar de até 3 salários mínimos. Com relação à renda mensal per capita, 75,2% dos indivíduos dos grupos familiares desse segmento estavam na faixa de até 1,5 salário mínimo; e se considerarmos apenas a renda mensal individual, os resultados mostram que 77,3% dos usuários do segmento social ganhavam até 2 salários mínimos, 70,1% até 1,5 salário mínimo e 58,9% dessa população trabalhavam por até 1 salário mínimo mensal. No que se refere à

escolaridade, dos usuários que pagaram pela “consulta social”, 56% tinham até o 1 grau incompleto, e 9,6 % não possuíam qualquer instrução.

Essa regressividade se justificava por haver uma equivalência no perfil dos usuários das coberturas SUS e “social” nas variáveis gênero, faixa etária, escolaridade, ocupação, formalidade do vínculo de trabalho e número médio de residentes por domicílio. A variável que explicava a pequena diferença entre os usuários do SUS e do segmento “social” era a renda familiar, um pouco maior nesse último quando comparada ao segmento SUS, mas muito baixa para suportar os impactos do desembolso direto. Quase a metade dos usuários que pagaram pela consulta recebeu auxílio no financiamento do procedimento e, dentre os que foram subsidiados, total ou parcialmente, em 92,9% dos casos quem contribuiu ou financiou foram os parentes.

Não obstante o fato de o impacto social dessa cobrança ser a questão mais relevante de um eventual debate sobre a cobrança “social”, nesse momento queremos destacar, por um lado, o discurso dos prestadores filantrópicos acerca desse problema, e, por outro, o fato dessa cobrança ter continuado mesmo com os convênios pactuados a partir de 2003, tendo sido isso registrado em documentos públicos, além de usado como justificativa para a continuidade dos referidos convênios, no ano de 2007.

A cobrança da “consulta social” surgiu na primeira metade da década de 90, no Hospital Sociedade Beneficência Portuguesa de Campos<sup>57</sup>, instituição de natureza jurídica privada sem fins lucrativos, e logo se estendeu à outra unidade da mesma natureza – a Santa Casa de Misericórdia de Campos – e às duas unidades de natureza jurídica privada, vinculadas a órgãos universitários, o Hospital dos Plantadores de Cana e o Hospital Álvaro Alvim.

A primeira vez que se discutiu o problema da “consulta social” no Conselho Municipal de Saúde foi em sua reunião extraordinária no dia 15 de agosto de 1995, na qual um Conselheiro, representante dos usuários, apresentou denúncia de que a “consulta social” seria uma dupla cobrança. Para melhor explicitar o fato transcrevemos abaixo o trecho da referida ata acerca desse assunto.

---

<sup>57</sup> Essa informação foi dada pelo Conselheiro Josir, representante daquele hospital no Conselho Municipal de Saúde, em sua manifestação na assembléia do dia 02/06/96, conforme consta na respectiva Ata.

*“Em seguida o Conselheiro Adão pediu a palavra e chamou atenção para a cobrança em demasia das chamadas consultas sociais nos Hospitais, e muitas vezes acontecendo a chamada dupla cobrança, ou seja, o paciente paga e é também preenchida a ficha de cobrança ao SUS. O presidente argumentou que quanto à consulta popular era um direito da Entidade, uma vez que ela não presta serviço de exclusividade ao SUS. O que era irregular e proibido era a duplicidade de cobrança e para isto bastava a denúncia com comprovação para que as providências fossem tomadas. O conselheiro Arthêmio solicitou em seguida a palavra pedindo que o tema consulta social fosse colocado na pauta da próxima reunião plenária do Conselho. Em seguida chamou atenção para denúncia que ele tinha recebido como irregularidades cometidas no Hospital dos Plantadores de Cana. Disse que recebeu denúncias de que vários pacientes que foram atendidos no ambulatórios do HPC com direito a atendimento gratuito e que tinham pedidos de ultrassonografia, tinham que voltar outro dia para marcar o exame. Se assim não o fizessem eram obrigados a pagar uma taxa pelo exame e metade ficaria para o hospital e a outra metade para o profissional que fizesse o exame. O mais grave de tudo continuou ele, é que além de pagar, estes pacientes assinavam um papel de cobrança do exame ao SUS, o que caracterizava na dupla cobrança”.(Ata da reunião extraordinária do CMS de 15/08/95 p. 03/04).*

Apesar da ênfase dada ao caso, não houve nenhuma resolução efetiva a respeito do problema da referida denúncia da suposta dupla cobrança, ficando acordado entre os Conselheiros que, pela gravidade do assunto, o mesmo deveria ser retomado na reunião seguinte. Entretanto, o assunto “consulta social” só voltou a ser tratado no CMS quase um ano depois, na reunião do dia 01/07/1996.

Mais do que questionar ou não a legitimidade ou a legalidade dessas cobranças, trazer a questão da “consulta social” para o contexto desse trabalho tem por objetivo ressaltar tanto o fato de a lógica do discurso e dos argumentos dos prestadores não terem mudado, inclusive em suas contradições, como subsidiar as evidências, mostradas ao longo desse estudo, de que a celebração dos convênios não surtiu nenhum efeito sobre esse grave problema<sup>58</sup>, que afeta diretamente a equidade e a universalidade no acesso ao sistema de saúde local.

Chama a atenção na referida Ata da referida reunião<sup>59</sup> a posição contraditória e ambígua dos prestadores filantrópicos, ora advogando o título de instituições públicas, guardiãs dos pobres e desassistidos - e, por isso, a suposta obrigação pela

---

58 Na última seção do próximo Capítulo será possível constatar que, mesmo com todos esses recursos, a cobrança da “consulta social” continuou existindo.

59 Ata da reunião extraordinária do CMS de 02/07/96.

sua “sobrevivência” seria do Estado -, ora reivindicando seu caráter privado para justificar o direito de criar produtos e comercializá-los a esses mesmos pobres, como é o caso da “consulta social”, negando a existência de qualquer irregularidade nessa cobrança.

Não menos importante, já em 1996 um Conselheiro do CMS, representante de uma das instituições filantrópicas, alertava para o possível agravamento do problema, fato que realmente ocorreu, conforme mostrou o trabalho de Melo (2004) e como passou a ser admitido pelos prestadores e pelo próprio poder público, no ano de 2007, como veremos a seguir.

Retomemos ao teor dos contratos dos convênios, o qual reflete as “regras do jogo” (North, 1995) previamente acordadas e institucionalizadas. Conforme evidenciado anteriormente, o argumento da reivindicação para a parceria público-privada foi o valor defasado da tabela SUS. Esse eixo de argumentação está descrito no primeiro termo de convênio, assinado em 2003:

#### **“JUSTIFICATIVA DO OBJETO”**

*“O presente convênio tem como objeto o aprimoramento de programas, projetos e ações de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, no Município de Campos dos Goytacazes, com a complementação financeira da tabela SUS pela FMS, dos procedimentos médicos/hospitalares, constantes no anexo deste instrumento, realizados pela convenente”.*

A cláusula segunda desse documento descreve o conjunto de procedimentos abrangidos pelo convênio, e define que as consultas especializadas estão dentre um dos dois únicos procedimentos abrangidos pelo contrato.

*“Os serviços hospitalares de média complexidade e consultas especializadas previstos no anexo deste instrumento constituem os únicos procedimentos a serem complementados financeiramente pelo FMS.”*

Conforme também foi mencionado, esses convênios foram sendo renovados ano a ano, tendo sido mantidos, nos anos de 2003, 2004, 2005 e 2006, o conjunto de procedimentos abrangidos assim como o teor da justificativa para a continuidade

do repasse dos subsídios. Em 2007, no entanto, essa justificativa passou a ser exatamente a existência da “consulta social”<sup>60</sup> (que são exatamente as consultas especializadas e exames de média complexidade, objeto dos repasses anteriores).

Tanto quanto reforçar a lógica do discurso dos prestadores, mais uma vez o *modus operandi* das relações público-privadas no município é explicitado em um documento público, razão pela qual justifica a parcial do texto.

#### *“JUSTIFICATIVA DO OBJETO”*

*“O SUS preconiza universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, descentralização da gestão, hierarquização dos serviços e controle social. Sua total implantação pressupõe consequentemente a transformação do modelo assistencial e da organização dos serviços. O conhecimento das características e da distribuição de recursos físicos, na área de saúde do município, fornece subsídios para o planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde e para direcionar investimentos em ampliação e/ou reorganização da rede de serviços. O maior problema em saúde observado no Município é o acesso ao atendimento na rede de serviços ambulatoriais especializados, hospitalares e equipamentos existentes.*

*Ocorreu no Município uma disseminação entre os hospitais conveniados, de uma prática considerada não ideal, a chamada “consulta social”, mas que mostra a discrepância entre os valores pagos pelo SUS e os custos dos serviços realizados, pois, os valores dos procedimentos há anos não são reajustados.*

*Este projeto visa apresentar meios para a melhoria do atendimento em saúde com repasse de recursos financeiros próprios através de convênios com os hospitais integrantes da rede de saúde no Município.”*

Considerando a premissa de que todos esses arranjos foram um jogo de soma positiva, faz-se necessário, portanto, lançar luz sobre o papel do comprador dos serviços local. Nesse sentido, embora a responsabilidade do poder público na configuração do ambiente político-institucional local será abordada especificamente no próximo capítulo, é importante destacar alguns aspectos desse documento, referentes ao papel desse importante ator.

Primeiro, os convênios - formato institucional escolhido, o qual modelou a relação entre o poder público e as entidades privadas na era dos royalties - estavam devidamente respaldados pelos termos definidos pelo Termo de Ajustamento de

---

<sup>60</sup> Anexo 11



Conduta, o qual, por sua vez, estava amparado pela lei que autorizava regulamentava a aplicação dos recursos de royalties na área da saúde.

Segundo, admitir a existência “de uma prática considerada não ideal”, mesmo após anos de subsídios, e, ainda, considerar tal fato como justificativa para a manutenção dos repasses que deveriam ter acabado com essa causa, não pode ser explicado apenas pela força dos prestadores de serviço – afinal, o comprador dos serviços é o único responsável, tanto pela regulação e controle do sistema de saúde quanto pela organização dos serviços no âmbito local.

É nessa direção o terceiro aspecto passível de destaque: formalmente, cada convênio celebrado continha um anexo um plano de trabalho a ser cumprido pelos contratados, detalhando as metas de atendimento e de produtividade por cada unidade de saúde conveniada. No entanto, havia nos mesmos documentos uma outra cláusula que vetava a redução do valor mensal do repasse, mesmo que não houvesse demanda para os procedimentos contratados.

Ou seja, mesmo que o serviço elencado no plano de trabalho não fosse prestado, ou, ainda que prestado, não alcançasse a quantidade contratada, o poder público se obrigava a pagar por ele. Mais uma vez é relevante transcrever a cláusula terceira dos termos de convênio com os hospitais filantrópicos, que trata da demanda de saúde, na qual estão explicitadas as afirmações acima:

*“O cumprimento das metas previstas no Plano de Atendimentos está condicionado a (sic) existência de pacientes encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde à CONVENENTE.*

*A inexistência de demanda não reduzirá o montante financeiro da complementação paga pelo Fundo Municipal de Saúde à CONVENENTE.*

*Os atendimentos não realizados em virtude de ausência de demanda constituirão meta extra de atendimentos a ser cumprida pela CONVENENTE, respeitado o limite de 20% (vinte por cento) do Plano de Atendimentos de cada mês.”*

Embora o objeto do contrato tenha sido a complemento financeiro da tabela de procedimentos do SUS, se por um lado o plano de atendimento estipulava aos hospitais um teto máximo de procedimentos, por outro garantia aos mesmos suas receitas para qualquer demanda abaixo deste teto. Noutras palavras, os prestadores

tinham a garantia de receber integralmente o valor estipulado pelo TAC para os convênios, independente de sua produtividade<sup>61</sup>.

O relato da entrevistada B reforça essa premissa. Tendo participado ininterruptamente de todas as gestões da SMS como assessora dos respectivos secretários de saúde, desde o ano 2000 até a atualidade, acompanhou a lógica alocativa derivada do TAC:

*“Quando houve a subvenção, em 2003, foi acionado um TAC que o Pedro Henrique, Juiz da Vara da Infância e Juventude obrigou o município a fazer com os Hospitais que era dar 400 mil a cada Hospital, sem, de uma certa forma, sem cobrar. De uma certa forma não tinha...(contrapartida), não tinha assim... Eu estou te dando 400 mil, você vai fazer X de procedimento... Não! Te dava 400 mil para você gastar dentro do Hospital, com serviço, só não podia comprar material permanente, não podia fazer uma série de coisas, como qualquer, com a regra da subvenção social do convênio. O que até hoje, muitas instituições, como a Santa Casa, também é uma dessas, está respondendo ao Tribunal de Contas. Por quê? Usaram e acabaram comprando material permanente, por que acho que nem explicaram direito a eles como utilizar esse recurso. Por ser um TAC, achavam que podiam usar com qualquer coisa.”*

O conteúdo informado pela entrevistada B vai ao encontro das evidências apresentadas e ratifica a premissa de que os convênios celebrados com os hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos, entre os anos de 2003 e 2009, foram na verdade subsídios, e não complementação de tabela de remuneração ou qualquer outra justificativa. Evidencia também a lógica do acordo celebrado pelo referido TAC, no qual esses prestadores abriram mão de parte de sua produção mensal, em favor dos prestadores com fins lucrativos, aceitando que os eventuais cortes fossem feitos prioritariamente sobre a produção deles e dos prestadores públicos, em troca da garantia dos repasses via convênios.

O texto mostra uma flexibilidade pouco recomendável por parte do poder público, não só em relação às contrapartidas dos repasses, mas também em relação à forma de utilização dos mesmos. A rigor, fosse um contrato nos moldes tradicionais, não deveria sequer haver contrapartidas, mas simplesmente um pagamento mediante a prestação do serviço contratado (mesmo que esse

---

<sup>61</sup> Ademais, a possibilidade de não ter demanda em um determinado hospital não era tão improvável, por que o referido plano de trabalho previa procedimentos e especialidades com excesso de oferta para o perfil de alguns prestadores.

pagamento fosse um complemento a uma tabela de referência, como inicialmente proposto). Do mesmo modo, ao poder público, aí incluído o Tribunal de Contas, em nada deveria interessar a forma de aplicação dos recursos por parte dos hospitais, por se tratar de instituições de direito privado, apesar de sem fins lucrativos ou de caráter filantrópico.

No entanto, é aquela referida formatação que vai ratificar que o modelo dos convênios autorizados era mais um subsídio a fundo perdido do que propriamente uma complementação da tabela. Dito de outro modo, as referidas cláusulas do termos dos convênios deram formato jurídico ao acordo pactuado no TAC, garantindo o subsídio mensal aos prestadores filantrópicos, a título de aparente complementação financeira.

Diante desse contexto, é seguro apontar os ganhos dos prestadores filantrópicos e sem fins lucrativos, logrando manter duas fontes distintas de recursos, as quais tinham naturezas diferentes: ao mesmo tempo em que continuavam a receber (mesmo que menor proporção) pelo do teto financeiro - pago através Estado, porque o município permanecia habilitado na gestão plena da atenção básica do seu sistema de saúde -, mantinham o subsídio repassado pelo poder público municipal, via convênios. Ou seja, o melhor dos mundos era mesmo ficar com as duas fontes de financiamento.

Essa lógica prova quão racional e utilitária foi a decisão dos prestadores filantrópicos e sem fins lucrativos de concordar em dar prioridade aos prestadores com fins lucrativos no pagamento das faturas, abrindo mão de parte das receitas do teto financeiro do município. Não é demais reiterar que o montante anual desses subsídios, apenas para os quatro principais hospitais filantrópicos ou sem fins lucrativos, correspondia a quase o valor total desse teto financeiro, em 2002 – além de que essa forma de repasse permitia menor (ou nenhum) controle sobre a utilização desses recursos.

Nesse sentido, é igualmente racional e óbvia a resistência dos prestadores de serviços privados à mudança na forma de gestão do sistema de saúde local, na medida em que a eventual habilitação do município na gestão plena do seu sistema de saúde unificaria a fonte de pagamento, implementaria núcleos de regulação e efetuaria a contratualização, mudando toda a lógica político-institucional então vigente.

Em suma, na prática, os repasses via convênios foram sendo feitos ao longo dos anos, sempre nos valores integrais, sem qualquer vinculação por produtividade, coletiva ou por unidade beneficiada, e sem qualquer preocupação com controle ou avaliação de impacto, como prova a continuidade da cobrança por consultas especializadas e exames complementares de média complexidade. Dito de outro modo, a receita via convênio, da maneira como foi formatada, representava, de alguma maneira, a manutenção da forma de pagamento predominante no sistema de saúde brasileiro pré-SUS, inclusive no que se refere à maior dificuldade de controle que também caracterizava aquele modelo anterior.

### 2.3 - O fortalecimento da administração indireta na saúde e suas consequências para a gestão do sistema de saúde local

Como síntese e contextualização do que até agora foi exposto, retomemos à Lei municipal 6899/99, com o intuito de chamar a atenção para três de seus elementos, os quais vieram a ser importantes pilares na formatação do ambiente político-institucional local:

- i. a referida lei tinha validade de 10 anos, o que significa que seus efeitos expirariam em dezembro de 2009 (a partir da vigência do Termo de Compromisso de Gestão, efetivada em outubro desse ano);
- ii. a norma autorizava a aplicação dos recursos nas unidades públicas e nas filantrópicas – essas últimas, não obstante não terem fins lucrativos, são entidades de natureza jurídica privada. Os prestadores privados com fins lucrativos, portanto, não poderiam ser contemplados com esses recursos;
- iii. a regulamentação da transferência aos prestadores privados seria feita pelo Chefe do executivo, e não pelo secretário municipal de saúde, gestor da saúde.

Vimos até agora como se deu a alocação desses recursos em relação aos prestadores privados, com e sem fins lucrativos. Não menos importante é a lógica alocativa dos recursos nos hospitais públicos, que deu subsídio à estratégia paralela de fortalecimento da administração indireta da saúde. Para isso, um elemento foi determinante para que essa estratégia de gestão pudesse ser escolhida e implementada. Do mesmo modo que a lei 6899/99 atribuía ao Chefe do Executivo a prerrogativa de regulamentar as transferências dos recursos para os prestadores privados, as peças orçamentárias do município contemplavam um artigo<sup>62</sup> que conferia essa mesma autonomia ao Prefeito:

---

<sup>62</sup> Art. 6º da lei orçamentária do ano de 2001

*“As receitas e despesas dos fundos criados por lei e das autarquias e fundações instituídas ou mantidas pelo poder Público Municipal e os orçamentos das empresas e sociedades de economia mista em que o município, direta ou indiretamente, detenha controle do capital social, serão aprovadas por decreto do Poder Executivo”.*

Uma característica marcante do processo de municipalização do SUS em Campos dos Goytacazes – RJ foi a fragmentação da gestão do sistema de saúde local. Essa fragmentação se deu tanto em relação à administração direta quanto no âmbito da própria administração indireta, e teve importante influência sobre o modo de organização dos serviços e sobre o acesso ao sistema de saúde local. Noutras palavras, teve reflexos na integralidade da atenção e na universalização do acesso, pilares dos objetivos almejados pelo SUS.

Para compreender a dinâmica do financiamento e a lógica de alocação dos recursos na saúde local, é fundamental conhecer como se estruturou a administração indireta no município ao longo dos anos, inclusive naqueles que precederam a lei 6899/99. Importante ressaltar que, no caso de Campos dos Goytacazes – RJ, a administração indireta tinha a ela vinculados apenas unidades públicas, e especificamente de urgência e emergência. Isso significa que quase a totalidade dos leitos públicos do município são dessas especialidades e essa particularidade, embora pareça natural, tem um peso muito relevante na capacidade de regulação e controle do comprador de serviços.

A gênese da administração indireta no município foi a criação da Fundação Dr. João Barcelos Martins (FJBM), no ano de 1989. Essa instituição, de natureza jurídica pública, tinha como finalidade<sup>63</sup> administrar os serviços prestados pelo Hospital Estadual Ferreira Machado (HFM), pólo regional de atendimento de urgência e emergência, até então sob a responsabilidade do Estado.

Em seu primeiro estatuto<sup>64</sup>, dentre as cláusulas de praxe, no que concerne à generalidade das finalidades legais exigidas, destacam-se alguns elementos os quais delineiam a configuração original do processo decisório na administração indireta. Logo no Capítulo 2, que trata das finalidades da nova Fundação, fica estabelecida a lógica inicial da organização dos serviços de saúde no município, definindo esse estatuto, em seu artigo 4, a subordinação da FJBM à Secretaria

---

<sup>63</sup> Artigo 4, inciso b do Decreto 49 de 25/08/1989.

<sup>64</sup> Decreto 49 de 25/08/1989, publicado no D.O do município em 27/08/1989.

Municipal de Saúde (SMS), assim como sua vinculação ao Conselho Municipal de Saúde.

Nessa configuração inicial, portanto, a administração indireta em nada se diferenciava da administração direta - inclusive em relação aos mecanismos institucionalizados de controle social. O Estatuto também conferia ao secretário municipal de saúde a função de presidente da Fundação<sup>65</sup>, garantindo a centralização de poder naturalmente necessária para o desempenho de seu papel de gestor municipal da saúde. A FJBM nasce com uma proposta de gestão participativa, externa e também internamente. Sua administração ficou delegada a dois conselhos<sup>66</sup> - o Conselho Diretor e o Conselho Curador - ambos subordinados ao Presidente e compostos de forma bastante representativa.

O conselho curador, integrado por cinco membros, era composto por representantes da sociedade civil, especificamente da OAB - subseção Campos; do Poder Legislativo Municipal; da ABO - Associação Brasileira de Odontologia; da ACIC - Associação Comercial e Industrial de Campos e da Associação de Moradores de Campos dos Goytacazes. A proposta democrática e participativa de gestão e controle deste órgão da administração indireta previa a eleição do Diretor do HFM pelo corpo funcional da Fundação<sup>67</sup>, prevendo no entanto o parágrafo único deste artigo que, até a posse do Diretor eleito, o cargo seria ocupado por indicação do Chefe do Executivo Municipal.

A primeira alteração estatutária<sup>68</sup>, no entanto, não demorou a acontecer. Apenas 16 meses depois, algumas pequenas modificações no formato original deram origem a substanciais mudanças na estrutura do comando da FJBM e, principalmente, na lógica das relações de poder entre a administração direta e indireta da saúde, mudanças essas que podem ser consideradas como sendo o embrião da fragmentação da gestão de saúde municipal.

Embora a estrutura formal principal da FJBM não tenha sido alterada pela mudança do estatuto - a Fundação permaneceu sendo administrada pelos dois conselhos - Diretor e Curador - e presidida pelo Secretário Municipal de Saúde -, houve significativas mudanças no âmbito do conselho Diretor. A Tabela L mostra a comparação entre a composição do Conselho Diretor da FJBM pelo estatuto original

---

<sup>65</sup> Artigo 10 inciso b do Decreto 49 de 25/08/1989

<sup>66</sup> Art. 9 do Decreto 49 de 25/08/1089

<sup>67</sup> Art. 29 do Decreto 49 de 25/08/1089

<sup>68</sup> Decreto 88 de 22/12/1990

e pela primeira alteração estatutária. Nota-se que o cargo de diretor geral do HFM foi eliminado, tendo sido substituído por três novas diretorias: a clínica, a administrativa e a financeira. Paralelamente, foram criadas duas chefias, ambas ligadas à parte assistencial da entidade. Os novos cargos de chefe do Pronto Socorro e de Chefe de Ambulatório também ganharam assento no novo Conselho Diretor.

Tabela L - Comparativo entre o estatuto original e a primeira alteração estatutária da Fundação Doutor João Barcelos Martins(FJBM) - Campos dos Goytacazes - RJ

ESTATUTO ORIGINAL (DECRETO 49 DE 25/08/1989)	PRIMEIRA MODIFICAÇÃO ESTATUTÁRIA (DECRETO 88 DE 27/12/1990)
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE	SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETOR DO HOSPITAL	DIRETOR CLÍNICO
REPRESENTANTE DO SUDS-RJ	DIRETOR ADMINISTRATIVO
REPRESENTANTE DO CMS	DIRETOR FINANCEIRO
X	CHEFE DO PRONTO SOCORRO
X	CHEFE DE AMBULATÓRIO
REPRES. DA FAC. MEDICINA DE CAMPOS	REPRES. DA FAC. MEDICINA DE CAMPOS
REPRES. DA FAC. ODONTOLOGIA DE CAMPOS	REPRES. DA FAC. ODONTOLOGIA DE CAMPOS
REPRES. DA FAC. SERV. SOCIAL / UFF	REPRES. DA FAC. SERV. SOCIAL / UFF
REPRES. DA SOC. FLUM. DE MEDICINA E CIRURGIA (SFMC)	REPRES. DA SOCIEDADE FLUMINENSE DE MEDICINA E CIRURGIA (SFMC)
REPRES. DO CORPO FUNCIONAL DO HOSPITAL	REPRES. DO CORPO FUNCIONAL DO HOSPITAL

Fonte: Decreto 49 de 25/08/1989 e Decreto 88 de 27/12/1990 - elaboração própria

A configuração resultante da primeira alteração estatutária conferiu um perfil mais executivo e funcional à instituição, em detrimento dos órgãos de controle e representação política - os representantes do CMS e do SUDS-RJ perderam seus assentos, embora tenham sido mantidos aqueles das representatividades da sociedade civil, particularmente os representantes das Faculdades de Medicina, Odontologia e Serviço Social e da Sociedade de Medicina e Cirurgia. Esses dois movimentos simultâneos.

A outra principal consequência dessa mudança foi a mesma ter alterado substancialmente o poder do secretário municipal de saúde sobre o novo órgão da administração indireta municipal. Isso porque, além da pulverização do poder decisório dentro da própria Fundação - antes concentrado na extinta função de



Diretor Geral. Se o primeiro estatuto previa a eleição do Diretor Geral pelo corpo funcional da Fundação, nesse os titulares das três novas diretorias e das duas novas chefias passaram a ser indicados diretamente pela Prefeitura<sup>69</sup>.

De forma complementar, mas não menos importante, o novo estatuto definiria como prerrogativa do Secretário Municipal de Saúde a responsabilidade pela nomeação dos membros componentes de uma mencionada Secretaria Executiva, a qual tinha como objetivo “exercer as funções burocráticas da Fundação”<sup>70</sup>.

A criação dessa Secretaria Executiva está contida no Capítulo VI das disposições gerais e transitórias do referido Decreto. Essa normativa legal não especifica, entretanto, em que lugar no organograma funcional, nem, por consequência, em qual posição hierárquica esse novo departamento se encaixa. Ou seja, não é possível enxergar com clareza, na estrutura formal da Fundação, a partir de então, se as funções burocráticas atribuídas ao comando do secretário municipal<sup>71</sup> conflitam com as atribuições dos diretores administrativo e financeiro, por exemplo.

Noutras palavras, ao atribuir ao gestor de saúde municipal apenas o comando das funções burocráticas na administração indireta na saúde, sem qualquer poder decisório, o Chefe do Executivo relega ao segundo plano tanto a prerrogativa legal quanto o papel estratégico do secretário de saúde como responsável pelo comando do sistema de saúde local, aí obviamente incluídas a administração direta e a indireta.

Na verdade, o decreto apenas expressa a lógica do processo decisório que, desde então, passou a se estabelecer na gestão do sistema de saúde local. Independente de qualquer aspecto formal, sendo os diretores da FJBM designados pelo Prefeito<sup>72</sup>, tal qual o secretário de saúde, é possível perceber que o comando e o controle da administração indireta na saúde passam diretamente para o chefe do executivo municipal, que já tinha a prerrogativa de aprovar a alocação de recursos

---

<sup>69</sup> A redação do parágrafo único do artigo 10 do Decreto 88 de 27/12/1990 define a indicação para esses cargos pela “Prefeitura” e não pelo Prefeito, embora isso já seja naturalmente implícito.

<sup>69</sup> Artigo 29 do Decreto 88 de 27/12/1990.

<sup>70</sup> Artigo 29 do Decreto 88 de 27/12/1990.

<sup>71</sup> Há de se ressaltar que o Decreto que promove essas alterações estatutárias foi feito poucos meses depois da promulgação da Lei 8080, publicada em 19 de setembro de 1990, a qual atribui ao secretário municipal de saúde o comando único do sistema de saúde local.

<sup>72</sup> Ressalta-se, os diretores e chefes não são designados pelo Presidente da Fundação - formalmente o secretário municipal de saúde - e nomeados pelo prefeito, mas são designados e nomeados pelo chefe do executivo.

nas Fundações públicas municipais. Vale atentar para a trajetória que nasce dessa opção de gestão do sistema, a qual terá uma importância crucial na forma de organização dos serviços de saúde local, na capacidade de regulação do sistema de saúde municipal e também na sua forma de financiamento.

A ratificação deste modelo de gestão da administração indireta da saúde veio na segunda modificação estatutária da FJBM<sup>73</sup>, no ano de 1997 (o mesmo da aprovação da Lei do Petróleo), a qual alterou novamente o Conselho Diretor. De acordo com os artigos 10 e 11 deste novo estatuto, a função de Diretor Clínico foi substituída pela volta do cargo de Diretor Geral do Hospital Ferreira Machado (HFM), tendo sido mantida, contudo, a prerrogativa de as indicações dos ocupantes - deste cargo e dos demais remanescentes – serem feitas pela Prefeitura.

No entanto, a principal alteração foi ao encontro da consolidação da lógica do processo decisório e da trajetória iniciada a partir do segundo estatuto: a função de presidente da FJBM, até aquele momento ocupada, ainda que em tese, pelo Secretário Municipal de Saúde, passou a ser atribuída ao então criado cargo de Diretor Geral do HFM. Assim, embora como órgão de administração indireta a FJBM continuasse subordinada à SMS, por força da lei, o secretário municipal de saúde definitivamente não teria mais qualquer participação na gestão da administração indireta na saúde<sup>74</sup>.

Comprova e solidifica essa lógica decisória o fato de o presidente da FJBM passar a ter status de secretário municipal, respondendo diretamente ao chefe executivo municipal em um mesmo grau de hierarquia do Secretário Municipal de saúde – ambos são nomeados com DAS máximo.

A trajetória desenhada por esse modelo de gestão da administração indireta da Saúde - tanto no sentido do seu fortalecimento como canal para a prestação dos serviços de assistência médica à população, via unidades públicas de saúde, quanto na perspectiva da lógica do processo decisório de sua gestão - mostrou-se progressivamente consolidada e tendo sido determinante para a forma de estruturação do sistema de saúde local quando, no ano de 2002, um segundo hospital público foi implantado no município<sup>75</sup>.

---

<sup>73</sup> Decreto 132 de 25/08/1997

<sup>74</sup> Importante ressaltar que a obrigatoriedade legal da subordinação ao secretário municipal de saúde não mudou, o que significa dizer que tal mudança foi feita à revelia da Lei.

<sup>75</sup> Lei 7293 de 09/09/2002

Num primeiro momento, a proposta de ser a primeira unidade pública a oferecer alguns serviços de assistência médica até então só prestados ao SUS pelo setor privado, parecia ser uma importante janela de oportunidades de mudança na trajetória tanto em relação à fragmentação da gestão entre a administração direta e a indireta na saúde, quanto em relação à possibilidade de influenciar a lógica de organização dos serviços locais, com eventuais reflexos no mix público/privado e na capacidade de regulação do gestor municipal.

Em sua gênese, o perfil deste novo hospital diferia totalmente do até então único hospital de propriedade pública, o HFM, cuja especialidade é o atendimento de emergência e urgência. Nesse sentido, o Hospital Geral de Guarus<sup>76</sup> (HGG) embora tivesse sido concebido inicialmente como hospital geral, tinha como finalidade, dentre outras<sup>77</sup>:

*“Inserir-se, em conformidade com o preconizado pelo SUS, como hospital de referência no sistema público de saúde, situando-se hierarquicamente junto às instituições e aos serviços existentes no município; e atuar como hospital de referência e de apoio ao PSF”.*

No entanto, ao longo dos anos essa unidade se tornou também um hospital de urgência e emergência, assumindo uma característica diametralmente oposta àquela inicialmente concebida, alterando do mesmo modo sua função e seu papel no que se refere à organização dos serviços de saúde do município.

Vinculado à administração indireta, o HGG subordinava-se à FJBM que, a partir de então, passaria a ser mantenedora dos dois únicos hospitais públicos municipais, além dos postos de urgência estrategicamente localizados em seu território, em grande parte fruto da herança positiva da influência do setor sucroalcooleiro na estruturação do sistema de saúde local. No entanto, o referido regimento que vinculava o HGG à FJBM decretava, em seu art 10: o “superintendente do Hospital Geral de Guarus será indicado e nomeado pelo Prefeito Municipal de Campos dos Goytacazes”.

---

<sup>76</sup> Guarus é a região da margem oposta do rio Paraíba do Sul, o qual corta a cidade em sua área central. Essa região, pela qual se tem acesso ao município vindo do Estado do Espírito Santo, contempla atualmente pouco mais de um terço da população campista (IBGE, 2011).

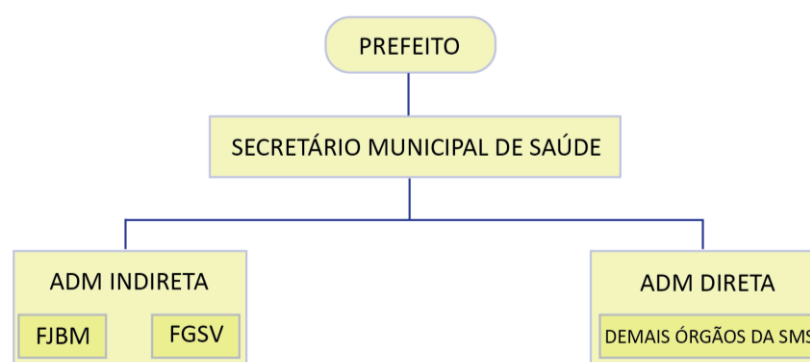
<sup>77</sup> Art. 2 da Lei 7293 de 09/09/2002.

Além disso, o superintendente do HGG, também de acordo com determinação contida nesse regimento<sup>78</sup>, “seria representado por subsídios na forma atribuída por lei aos Secretários Municipais”. Ou seja, o cargo de superintendente do HGG tinha o mesmo status que o presidente da FJBM, à qual estava vinculado, e ambos tinham o mesmo nível hierárquico que o secretário municipal de saúde, a quem a FJBM estava subordinada, ainda que apenas formalmente.

Apesar da aparente confusão administrativa, a lógica de gestão era bastante clara: acomodar grupos políticos de diferentes filosofias e interesses - não raro, rivais. Ademais, a forma então encontrada para gerenciar os inevitáveis e crescentes conflitos que derivavam desse formato funcional foi bem “simples”: criar uma nova Fundação. Assim, no ano de 2003, nascia a Fundação Geraldo da Silva Venâncio (FGSV), com o propósito de administrar e manter o recém criado Hospital Geral de Guarus (HGG).

Deste modo, a ruptura que já existia entre a administração direta e indireta na saúde reproduziu-se no âmbito da própria administração indireta, amplificando a fragmentação da gestão do sistema municipal de saúde. As Figuras B e C mostram de forma sintética a conformação que a gestão do sistema de saúde local passou a ter, na teoria e na prática, respectivamente, sob o amparo dos estatutos e legislações então vigentes.

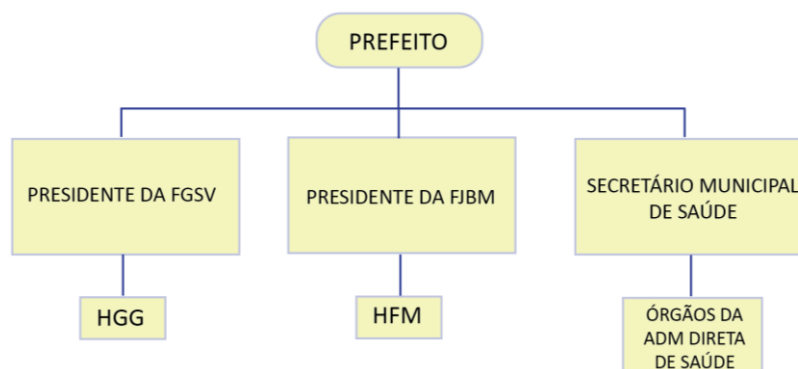
**Figura B - Esquema macro-organizacional formal da gestão do sistema de saúde do município de Campos dos Goytacazes – RJ**



Fonte: elaboração própria

<sup>78</sup> Título VI do Regimento Interno (Lei 7293 de 2002) o qual trata das disposições gerais e transitórias.

**Figura C - Esquema do processo decisório da gestão do sistema de saúde do município de Campos dos Goytacazes - RJ formalizado pelos estatutos dos órgãos da administração indireta**



Fonte: elaboração própria

A atribuição e autonomia dada pelo Poder Legislativo ao Poder Executivo de aprovar as despesas da administração indireta - cujas equivalentes receitas ele próprio decidiu acerca do volume e da forma de sua alocação -, aliadas à prerrogativa de nomear os três secretários de saúde, expõem os frágeis mecanismos de controle na utilização dos recursos disponíveis. Com efeito, essa fragilidade se dá tanto no campo jurídico-normativo - controle de legalidade e/ou mecanismos de prestação de contas, etc. - quanto no plano político-institucional - definição dos critérios de alocação dos recursos segundo interesse da população, mecanismos de avaliação de eficácia e efetividade, controle social, etc.

Seria desnecessário dizer que, tendo três virtuais secretários de saúde, a lógica do planejamento e da formulação de políticas no município ficou bastante prejudicada – para dizer o mínimo -, assim como fragilizado ficou cada vez mais o poder de regulação e controle do sistema municipal de saúde, tendo esse fato importantes consequências para a relação público-privada. Noutras palavras, os efeitos da fragmentação do sistema de saúde local, fruto da configuração dos interesses políticos do comprador dos serviços de saúde, iam ao encontro dos interesses econômicos dos prestadores privados, os quais preservaram sob seu controle os leitos eletivos e os procedimentos de média e alta complexidade e, por consequência, mantiveram sua força na formulação das políticas e, principalmente, na lógica alocativa dos recursos a saúde.

De todo modo, o ponto fundamental é que esse contexto novamente reflete e reforça o jogo de soma positiva na configuração do ambiente político-institucional

local, cujo maior ganho comum às partes é a plena autonomia na utilização e na alocação dos recursos no âmbito das unidades de saúde controladas, de forma independente, pelo comprador e pelos vendedores de serviços. Tudo isso respaldado por leis e normas e legitimado pelo discurso do interesse público.

Muito provavelmente essa dinâmica alocativa em muito influenciada pela configuração político-institucional na saúde local - tenha relação direta com as regras de utilização dos royalties e com a predominância dessa fonte de receita no orçamento de Campos dos Goytacazes- RJ. Numa mesma direção, é igualmente provável que seja também causa e consequência do exercício do poder de veto do município a parte das políticas indutoras do governo central – nesse caso, aquelas vinculadas à eventual habilitação à gestão plena do sistema de saúde.

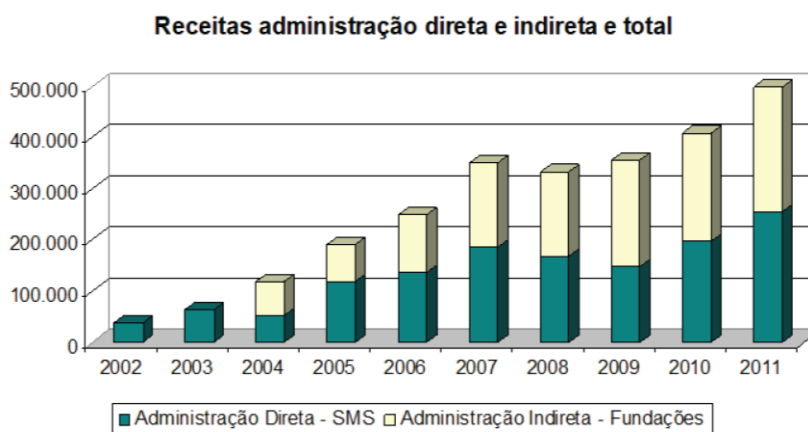
No capítulo da alocação dos recursos, voltemos aos anos 2002/2003, especificamente ao Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), a fim de esclarecer um ponto em comum entre esse documento e a opção de fortalecer a administração indireta via financiamento por recursos dos royalties. Foi visto anteriormente que, em razão daquele acordo, a maior parte dos pagamentos por procedimentos de média e alta complexidades, assim como de internação, foram cortados do prestador público e dos filantrópicos, ficando o valor do teto financeiro mais disponível para o prestador privado com fins lucrativos, que não podia ser contemplado com verbas de royalties, de acordo com a lei 6899/99.

Os prestadores filantrópicos e sem fins lucrativos foram contemplados com os convênios, pagos com verba dos royalties. Para financiar os prestadores públicos também foi escolhida essa opção. Cabe aqui esclarecer mais uma vez que estamos nos referindo aos hospitais públicos, visto que os demais prestadores públicos da atenção básica e demais ações de saúde, são vinculados à administração direta e financiados via Ministério da Saúde, também em razão de o município ter aderido à gestão da atenção básica. Ou seja, o TAC de 2003 deu a oportunidade – e até mesmo a justificativa - para o fortalecimento da administração indireta, via financiamento próprio.

No Gráfico 9 é possível observar que, desde então, o montante de recursos da saúde é aportado de forma crescente nos hospitais públicos. Chama a atenção a proporção dos recursos aplicados nas administrações direta e indireta, tanto quanto o progressivo aumento do volume global desses recursos, os quais ficaram divididos

quase meio a meio entre as duas esferas, consolidando em definitivo o modelo de gestão escolhido para o sistema de saúde local<sup>79</sup>.

**Gráfico 9 - Orçamento do setor de saúde por esfera de governo. Campos dos Goytacazes-RJ - 2002 a 2011**



Um dos elementos que reforçam esse argumento tem relação também com a autonomia do gestor na alocação dos recursos. É possível notar que somente a partir do ano de 2004 as Fundações passaram a receber recursos diretamente. Não tendo as mesmas sido previstas para a administração indireta, é possível supor duas origens para elas: ou poderiam ser remanejadas de outros órgãos ou secretarias, caso já estivessem previstas em seus respectivos orçamentos - ou seja, sairiam das verbas destinadas à administração direta; ou viriam de receita complementar, não prevista na peça orçamentária, admitindo-se, obviamente, a possibilidade de virem de ambas as fontes.

Considerando essas hipóteses, a lógica mais aceitável *a priori* seria supor que a verba da administração indireta da saúde estivesse contida no montante de verba da administração direta da saúde - portanto, na Secretaria Municipal de Saúde -, ainda que sua utilização dependesse da decisão do Chefe do Executivo municipal. No entanto, a maior parte da verba destinada à FJBM e também à FGSV – especialmente em 2002 e 2003, - eram oriundas da Secretaria Municipal de

<sup>79</sup> A análise do Gráfico 9 tem por objetivo apenas mostrar a proporção Do crescimento do financiamento da administração indireta em relação à administração direta. Nesse sentido, qualquer outra análise, inclusive quantitativa, deve ser relativizada em função das diversas razões e justificativas possíveis para esse evento, para além das escolhas políticas envolvidas nas decisões.

Administração<sup>80</sup> (SMA), a qual era responsável por custear as despesas com a folha de pagamentos e os seus respectivos encargos tanto dos servidores como das Fundações, cedidos pela SMS, como dos cargos de confiança - diretores e chefes de departamentos e seções nomeados.

Essa lógica pode ser comprovada pela Tabela I<sup>81</sup>, já mostrada anteriormente nesse mesmo capítulo. Nela, é possível constatar que mostra a evolução do orçamento da Secretaria Municipal de Administração (SMA) cresce geometricamente, passando de pouco mais de 36 milhões em 2001 para quase 131 milhões e 139 milhões de reais em 2002 e 2003, respectivamente. Em valores proporcionais aproximados, a verba destinada à SMS, em 2002, é equivalente a 50% da verba destinada ao gabinete do prefeito e a um terço do orçamento da SMA. A mesma dinâmica orçamentária repetiu-se em 2003 - nesse ano, a proporção entre as receitas da SMS e da SMA aumentou para 50%, sempre em favor da última.

Obviamente, tendo controle sobre importantes recursos – financeiros e humanos – da administração indireta da saúde, é lógico que a SMA (e não a SMS) tinha grande poder no processo decisório nas Fundações, enfraquecendo ainda mais aquele que deveria ser o único gestor do sistema de saúde local, o Secretário Municipal de Saúde.<sup>82</sup> Sem dúvidas, a opção pela lógica de alocar recursos da saúde de forma paritária e ao mesmo tempo sectária entre as duas esferas administrativas consolida a administração indireta e fortalece a trajetória de fragmentação da gestão do sistema de saúde municipal, especialmente por proporcionar às Fundações um forte grau de independência em relação à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

É muito importante ressaltar que não se trata de uma independência administrativa apenas - o que, a priori, não seria tecnicamente refutável no âmbito de um planejamento descentralizado, mas sob o comando de um único gestor municipal da saúde -, mas de uma completa desvinculação hierárquica da administração indireta em relação à administração direta.

---

<sup>80</sup> O autor deste trabalho participou diretamente da implantação do HGG (mantido inicialmente pela FJBM e depois pela FGSV), desde a organização interna dos serviços à dinâmica de inserção dessa unidade pública na rede municipal de serviços de saúde. O comentário vinculado baseia-se nessa experiência vivida e na observação direta.

<sup>81</sup> Página 126

<sup>82</sup> A interlocução dos Presidentes das Fundações era rotineira com o Secretário Municipal de Administração. Em geral, os mesmos só se dirigiam ao secretário municipal de saúde para formalidades como inaugurações, por exemplo.



Indiscutivelmente, essa fragmentação da gestão do sistema de saúde local tem importantes reflexos negativos em dois pilares fundamentais do SUS. Um deles é a integralidade da atenção, na medida em que preserva a ruptura entre os cuidados curativo e preventivo. Isso se dá especialmente por não haver qualquer integração nem hierarquização nos serviços de saúde local, resultando em uma forma de organização dos serviços na qual a SMS cuida da atenção básica, epidemiologia, programas e correlatos, os privados cuidam dos serviços de média e alta complexidade e a administração indireta dos serviços de urgência e emergência, prioritariamente, com uma total autonomia e independência entre si.

O outro pilar afetado é o da universalidade do acesso. O estrangulamento da média complexidade, especialmente os exames e consultas especializadas, procedimentos controlados quase integralmente pelos prestadores privados, foi mantido mesmo depois da celebração dos convênios. Pior, o repasse de verba não foi capaz de sequer amenizar o grave problema da cobrança por esses procedimentos. E, ainda, pelo fato de programas como o PSF (Programa de Saúde da Família) e o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) terem sido suspensos pelo Ministério Público Federal, em 2007, contribuindo para a sobrecarga das unidades públicas de urgência e emergência, que se tornaram “a principal porta de entrada do SUS”, conforme explicita o documento a seguir.

Trata-se da Portaria FGSV/FJBM/SMS 01/2011 publicada em 13 de abril de 2011. O documento é assinado em conjunto pelos Presidentes das duas Fundações públicas que administravam os hospitais e postos de urgência e emergência, representando a administração indireta, e o Secretário Municipal de Saúde, representando a administração direta. Seu conteúdo é o resultado do grupo de trabalho formado para debater “reorganização do atendimento das urgências/emergências, no Município de Campos dos Goytacazes”.

Esse foi o último documento assinado em conjunto pelos três virtuais secretários de saúde, o que, inclusive, está disposto de forma indireta no documento. Embora a referida Portaria esteja datada de 27 de abril de 2011, sua publicação foi antecipada para o mesmo dia da publicação da fusão das duas Fundações, com a criação da Fundação Municipal de Saúde (FMS). A FGSV, até então mantenedora do HGG, foi extinta através da Lei 8219, de 13/04/2011, - suas

funções e atribuições, assim como seu corpo funcional foram transferidas à Fundação Municipal de Saúde<sup>83</sup>. Transcrevemos abaixo seu conteúdo:

*“Considerando que:*

*De acordo com o art. 198 da Constituição “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”;*

*Os entes signatários integram a administração indireta e direta do Município de Campos dos Goytacazes, sendo os dois primeiros as principais portas de entrada do SUS, especialmente nos casos de urgência e/ou emergência e o terceiro é o gestor das políticas de saúde neste âmbito federativo;”*

E complementa, logo a seguir:

*“É necessário hierarquizar e especializar os serviços de saúde em busca da concretização do princípio constitucional da eficiência;”*

*Art. 1o Serão referenciadas ao Hospital Ferreira Machado/FJBM as urgências e/ou emergências: Cérebro vasculares; Cirúrgicas não-traumáticas infantis; traumáticas, cirúrgicas ou não; clínicas adulto ou infantis, dos postos situados à margem direita do Rio Paraíba, além do posto de Sapucaia; Unidade Pré-Hospitalar da Saldanha Marinho; Unidade Pré-Hospitalar de São José; Unidade Pré-Hospitalar de Ururá; Unidade de Saúde de Farol; Unidade de Saúde de Baixa Grande; Unidade de Saúde de Tocos.*

*Art. 2o Serão referenciadas ao Hospital Geral de Guarus /FGSV as urgências e/ou emergências: cirúrgicas não-traumáticas em adultos; clínicas adulto ou infantis, dos postos situados à margem esquerda do Rio Paraíba, exceto o posto de Sapucaia. Unidade Pré-Hospitalar de Guarus; Unidade Pré-Hospitalar de Santo Eduardo; Unidade Pré-Hospitalar de Travessão; Unidade Pré-Hospitalar de Morro do Coco;*

Além da divisão do referenciamento dos serviços tomando como parâmetro os dois lados do Rio Paraíba do Sul - o qual corta a cidade em sua área central, dividindo a concentração de sua população na proporção de 2/3 na margem “direita”, dois outros aspectos também se destacam no documento. Primeiro, foram considerados apenas os serviços urgência e emergência, ignorando a rede de atenção básica e os serviços de média complexidade e consultas especializadas<sup>84</sup>.

<sup>83</sup> A decisão de reunificar a administração indireta - no aspecto formal é retorno ao ano de 2002, precedente à implantação do HGG – parecia ser bastante significativa e importante não apenas administrativamente, mas também do ponto de vista institucional, mas na prática não alterou em nada a lógica vigente.

<sup>84</sup> É possível observar na referida portaria, que a mencionada hierarquização geográfica envolve as unidades pré-hospitalares de Morro do Coco, Baixa Grande, Tocos e Sapucaia. Na verdade, essas são unidades básicas de saúde, mas, por funcionarem em tese 24 horas, estava sendo cogitado, na época, incorporá-las à rede de urgência e emergência, mesmo sem qualquer estrutura para funcionarem como tal. A rigor, não existe Unidade Básica de Saúde 24 horas na classificação do

O outro foi mencionar a rede de urgência e emergência como principal porta de entrada do SUS local. Na verdade, ambos os aspectos se retroalimentam e remetem a um mesmo contexto.

Foi mostrado no Capítulo 1 que o município de Campos dos Goytacazes – RJ, aderiu às NOBs/SUS que transferiam aos municípios a gestão básica de seu sistema de saúde. Isso significa dizer que o município, estando habilitado para a GPABA, seguia as normativas e orientações do governo central para o campo da atenção básica e, nesse sentido, implantou o PSF – Programa Saúde da Família e o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde).

Diferente das demais situações vistas até agora, esses programas eram financiados com recursos do governo federal, e implicavam na exigência tanto prestação de contas, quanto em manter atualizada a base de dados, cujas informações eram utilizadas para avaliar o desempenho do programa, no sentido do alcance das metas propostas e do padrão de cobertura, comparado a outros municípios brasileiros de similares características.

Seja como for, algumas dinâmicas próprias à organização do sistema de saúde do município em tela, aliadas à interrupção do PSF e do PACS, colocaram as políticas de saúde locais absolutamente na contramão das estratégias de saúde que, de acordo com a literatura, promoveram o maior ganho para o SUS em 20 anos de existência. Noutras palavras, impacta seriamente o acesso universal ao sistema de saúde.

A trajetória da atenção básica, assim como a composição do CMS local, merecerá destaque especial na sequência desse trabalho, visto ambos terem contribuído e influenciado a dinâmica da configuração do ambiente político-institucional do município, no campo da saúde, no período estudado. Não obstante, ao final desse capítulo já é possível vislumbrar, em parte, os efeitos que o formato da descentralização no município pode ter provocado nas diretrizes de suas políticas de saúde, inclusive no que se refere à integralidade da atenção e à universalidade do acesso ao sistema de saúde local.

Em que pese a força dos prestadores privados na configuração do ambiente político-institucional – e, por consequência, na formulação das políticas de saúde

---

Ministério da Saúde, o que significa, na prática que essas quatro unidades – estrategicamente posicionadas na área periférica do município, não funcionam nem como UBS nem como Unidades Pré-Hospitalares (UPHs).

locais -, ênfase deve ser dada ao papel exercido pelo comprador dos serviços nesse contexto. Se já deu para notar que o leão não era mesmo vegetariano, como se fazia parecer, seu domador talvez possa ter deixado a jaula aberta, e é certo que, se isso aconteceu, não foi por uma eventual inocência de acreditar em seu discurso. Com a devida licença para a informalidade da metáfora, é, sim, de responsabilidade do comprador dos serviços a gestão do sistema de saúde local.

Por outro lado, não se trata de os gestores daqui serem piores ou melhores – e nem mais ou nem menos honestos que quaisquer outros. É provável que, em um contexto de crescimento geométrico do financiamento da saúde e de autonomia alocativa dos recursos no nível local nada acontecesse diferente, em substância.

### **Capítulo 3 - O papel dos gestores e do Conselho Municipal de Saúde na configuração do ambiente político-institucional local**

*“Em um jogo de palavras redundantes, trata-se de tornar a representação representativa, o que não é uma tarefa simples, pois estamos falando em criar uma representação eficaz e não apenas formal (Morita et al,2006:54).”*

O capítulo anterior mostrou a gênese da configuração do ambiente político-institucional da saúde local, delineando a lógica do processo decisório a partir dos arranjos e acordos que deram legitimidade e legalidade ao mesmo. Ao longo da análise, ficou evidenciado o peso dos prestadores privados de serviços de saúde no jogo político setorial e a consequente preservação de seus interesses na formulação das políticas de saúde do município. Conforme também mencionado alhures, a força do segmento privado é considerada por muitos estudiosos como uma das linhas de dependência de trajetória do sistema de saúde brasileiro, capazes de influenciar a estruturação do SUS, não sendo uma especificidade local.

Mas se por um lado seja verdade que as decisões alocativas tenham sido constrangidas e direcionadas pela força dos prestadores de serviços, por outro é imperativo reconhecer que tais decisões foram corroboradas pelo poder público, validadas pelas instituições jurídicas locais e endossadas pelo Conselho Municipal de Saúde. Ou seja, o conjunto dos fatos até agora analisados nesse estudo evidencia que os referidos arranjos e acordos foram originados e sustentados por um jogo de soma positiva, com ganhos para todos os atores envolvidos, portanto, inclusive aqueles que representavam o poder público local.

Esse fato traz à luz uma das perspectivas que darão norte a esse capítulo, qual seja, aprofundar o entendimento do papel e da responsabilidade do poder público local e do Conselho Municipal de Saúde na configuração do ambiente político-institucional da saúde local. Não se trata de separar ou diferenciar no estudo os compradores dos vendedores de serviços. Pelo contrário. O trabalho segue na direção apontada pelos fatos, buscando compreender como se configuraram as “regras” desse jogo e a extensão de seus efeitos.

Noutras palavras, a descentralização das políticas de saúde e a predominância do financiamento público do sistema de saúde, no caso brasileiro, aplicados à realidade do baixo controle social, sobretudo no âmbito municipal - não teriam em nenhum município brasileiro o mesmo efeito observado nos sistemas universalistas europeus, mesmo depois das reformas liberais dos anos 80, preservada que ficou a capacidade de regulação do Estado.

Não obstante, queremos mostrar que, à indiscutível força do setor privado poderia, em teoria, se contrapor duas outras forças, levando possivelmente diferentes resultados. Explica-se: no que se refere ao poder público, o aumento exponencial do financiamento público do sistema de saúde local deu ao município a rara oportunidade, no caso brasileiro, - e aqui está uma das justificativas e a relevância desse trabalho - de ampliar seu poder de regulação sobre esse sistema, mesmo tendo pela frente um potente setor privado que controlava – e ainda controla – a prestação de serviços do SUS local.

Especialmente no caso dos prestadores de serviços filantrópicos e sem fins lucrativos – um dos principais *players* locais – esse poder quase monopsônico do comprador de serviços - em razão do aumento exponencial do financiamento público - era uma importante contraposição de forças ao poder quase monopólico desses vendedores, potencializado pelo fato de que os mesmos dependiam diretamente do financiamento público para manter seus hospitais, cujos leitos foram cedidos quase integralmente ao SUS.

Paralelo a esse cenário, mas numa mesma direção, o Conselho Municipal de Saúde é um importante elemento na configuração do ambiente político-institucional da saúde local, em razão da prerrogativa de controlar as ações do poder público e de seu poder deliberativo, capaz, portanto, de influenciar as políticas de saúde municipais, em favor das demandas coletivas locais. No caso de Campos dos Goytacazes, entender a dinâmica de sua criação e de sua estruturação é ainda mais importante, na medida em que é constituído por um “quinto poder”, intitulado de “formadores de recursos humanos”, conforme veremos a seguir.

### 3.1 - O Conselho Municipal de Saúde local e sua peculiar composição: (dis)paridade de forças?

A Lei 8142/90 deu as diretrizes para a criação e implantação dos Conselhos em todos os níveis federativos, dispondo também sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Logo no seu parágrafo primeiro, no artigo segundo, define da seguinte forma o papel dos Conselhos de Saúde:

*“O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”.*

Em que pese o incontestável avanço que foi a institucionalização da participação da comunidade no SUS - um dos pilares de sua organização, de acordo com o artigo 137 da Constituição Federal -, através da criação dos Conselhos de Saúde em cada uma das esferas federativas, na prática, as experiências dos Conselhos de Saúde nas últimas décadas mostram ainda haver um natural processo de amadurecimento institucional, seja no campo da legitimidade dos mesmos, como parte do processo decisório na formulação das políticas de saúde, seja na perspectiva da cultura de participação política da sociedade – e dos usuários, em particular.

Na maior parte das experiências relatadas parece haver evidentes limitações desses Conselhos no cumprimento das suas atribuições e responsabilidades, especialmente no que diz respeito ao efetivo controle social (Gaedtke & Grisotti, 2011). De acordo com essas autoras, as razões que levam a essas limitações são várias, além de interdependentes. Nesse sentido, as mesmas alertam para a possibilidade de conclusões simplistas, no caso de análises isoladas que desconsiderem a interconexão desses diversos fatores causais. Essa premissa reforça a diretriz do nosso estudo – que será continuada na análise do Conselho local -, a qual em todo momento reitera a multicausalidade dos efeitos dos arranjos e acordos, além de valorizar a complexidade da lógica do processo decisório, sujeito às influências de forças diversas e de diferentes naturezas.

A partir de uma revisão bibliográfica da literatura disponível<sup>85</sup> sobre os Conselhos Municipais de Saúde, Gaedtke & Grisotti (op.cit) elaboraram uma síntese das dificuldades apontadas pelos autores estudados, organizando-as em cinco categorias principais: a das políticas municipais de saúde; a dos usuários do SUS; a das instituições representadas; e a dos demais conselheiros gestores, que é colocada em paralelo à do ministério público e demais órgãos.

Esse esquema conceitual “procura demonstrar as diferentes relações que se estabelecem a partir de um Conselho Municipal de Saúde, podendo servir de base para a construção de um panorama sobre os Conselhos no Brasil” (Gaedtke & Grisotti, op.cit:121). Dessa forma, a descrição das características, das peculiaridades e da dinâmica da estruturação do Conselho Municipal de Saúde local será subsidiada por esses estudos, a partir desse esquema conceitual, tendo por objetivo não apenas tornar mais didática e sistematizada essa análise, como principalmente identificar aqueles fatores que se reproduzem em âmbito mais geral -, e quais deles se diferenciam no contexto local, como é o caso do “quinto poder”.

A primeira dimensão que será abordada em relação ao Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes é a das instituições representadas. Embora não exista nenhuma ordenação de valores ou de importância dessas categorias elencadas, essa escolha se justifica pela centralidade dessa dimensão desde a gênese do Conselho local, especificamente pela peculiaridade de sua estruturação, com a institucionalização do que convencionou chamar de “quinto poder”. Ademais, é a partir dessa configuração que se desenrolam as relações de poder dentro do Conselho Municipal de Saúde local, para além da paridade aparentemente formalizada.

Em consonância com os propósitos desse trabalho, interessou-nos prioritariamente desvelar os meandros da gênese e do desenvolvimento do Conselho Municipal de Saúde (CMS) local; ou seja, como se deu a composição de forças e os acordos para que o CMS fosse configurado da maneira peculiar como formalmente se apresenta. Por essa razão, lançaremos mão da transcrição literal de boa parte do relato da entrevistada C, com algumas contrapartidas dos entrevistados A e B, a fim de entender como as consequências dessa formatação e desses

---

<sup>85</sup> De acordo com Cortes (2004), a literatura sobre os Conselhos Municipais de Saúde se dividem em dois grandes grupos: um que descreve os processos participativos nesses conselhos – em geral através de pesquisas e avaliações; e um outro com panoramas gerais sobre os tipos de conselhos existentes.



arranjos influenciaram a configuração do ambiente político-institucional local - e, em última análise, as decisões alocativas - no período estudado.

A entrevistada C participou ativamente na formação do Conselho de Saúde local, além de ter acompanhado e participado como Conselheira por muitos anos, embora em períodos propositalmente alternados, por entender a necessidade da pluralidade da representatividade, conforme ela própria fez questão de destacar em sua entrevista. Tendo ocupado cargos técnicos na Secretaria Municipal de Saúde, atualmente professora universitária, sua visão e sua experiência plural permitiram um olhar abrangente sobre a posição do Conselho Municipal de Saúde em relação à dinâmica político-institucional na saúde local.

O Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes foi criado no dia 09 de setembro de 1991, através da Lei municipal 5195. Sua institucionalização é resultado de uma das deliberações da I Conferência Municipal de Saúde, realizada no mês de março daquele mesmo ano, em consonância com a orientação da Lei federal 8142, promulgada em dezembro de 1990<sup>86</sup>.

Pinto (2003) considera “singular” o momento político local, na década de 80, especialmente a sua última metade. De acordo com essa autora, no reboque do processo de redemocratização do país, um grupo heterogêneo e “de várias tendências políticas, formado por professores, profissionais liberais, intelectuais, artistas, sindicalistas se organizou para discutir os rumos da cidade e romper comum modelo político tradicional que se arrastava por décadas”(Pinto, 2003:136).

Um dos principais frutos desse movimento foi a elaboração de um documento intitulado “Muda Campos”<sup>87</sup>, o qual continha propostas para os mais variados setores, abrangendo desde os aspectos produtivos – economia, trabalho, etc – aos ambientais e sociais, incluindo cultura, esporte e lazer, além de educação e saúde. No que se refere a esse último aspecto, as propostas do documento - que viria a se

---

86 O processo de municipalização da saúde em Campos dos Goytacazes – RJ foi implantado seguindo todas as normas constitucionais e as orientações do Ministério da Saúde. De acordo com Pinto (2003:137), através do processo número 750157/90, em junho desse referido ano o município em tela habilitou-se para a municipalização da saúde, assumindo posteriormente “as responsabilidades determinadas pela Lei 8080/90 para a gestão descentralizada”. Dessa forma, Campos dos Goytacazes fez parte do grande grupo de municípios brasileiros que, no início da década de 90, trilhavam o mesmo caminho.

<sup>87</sup> De acordo com Pinto (2003), o documento “Muda Campos” serviu de base para o Plano de Governo do então candidato a Prefeito Anthony Garotinho, em 1988. O processo de municipalização da saúde local começou efetivamente nessa gestão, quando em 1989 foi criada a Fundação Dr João Barcellos Martins, inaugurando a estratégia de gestão dos hospitais públicos via administração indireta da saúde, naquilo que pode ser considerada a gênese da segmentação do sistema de saúde local, conforme mostrado no Capítulo 2. A questão da continuidade das gestões municipais será abordada na sequência desse Capítulo.

tornar o Plano de Governo da gestão municipal do período 1989 a 1992 - estavam alinhadas com as diretrizes da Constituição Federal de 1988 para o SUS, especialmente no que se refere à implantação de um sistema de saúde hierarquizado e integrado, com acesso gratuito à toda a população, além de democrático, ou seja, com a participação da comunidade em sua gestão (Pinto, op.cit).

A dinâmica política que precedeu a I Conferência Municipal de Saúde, realizada no mês de março de 1991, diz muito sobre o processo de formatação do CMS de Campos dos Goytacazes, cujos arranjos parecem ter sido determinantes para os rumos da política de saúde local. Isso porque, no âmbito dessa intensa mobilização popular da década de 80, surgiu no início da década seguinte um novo e forte movimento político no campo da saúde, o qual teve grande participação e influência nas políticas de saúde local na década de 90, aí incluída a institucionalização do Conselho Municipal de Saúde.

Esse movimento, denominado “Frente Ampla da Saúde”, era formado por profissionais de nível superior da área da saúde – médicos, odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, dentre outros -, e também de lideranças do antigo Conselho Comunitário da Saúde – extinto em 1989 -, e tinha como objetivos principais: i) representar essas categorias profissionais junto ao poder público municipal, especialmente no que se refere às condições de trabalho e à política salarial; e ii) participar da elaboração, execução e fiscalização das políticas de saúde locais, especialmente a partir do processo de municipalização da saúde.

De fato, esse movimento foi efetivamente protagonista desse processo, tanto na organização da I Conferência Municipal, como na formatação e implantação do CMS. No que se refere à I Conferência, essa participação se deu desde sua concepção, e foi bastante importante e decisiva para os debates que a precederam, conforme mostra o relato da Entrevistada C:

*“Na verdade o embrião dessa organização mais participativa, mais ampliada em 90, é inegável que ela venha na esteira da formação dos profissionais da área médica, então a Faculdade de Medicina com representantes muito emblemáticos (...) tinha um conjunto de profissionais da área médica, muito envolvidos com esse debate da construção de um modelo diferenciado do modelo anterior antes do SUDS e do SUS. (...) Ela foi instituída a partir desse núcleo, eu diria mais revolucionário e muito forte pra isso, esse núcleo mais*

*inquietante, formador de opinião, e esse núcleo forçou uma organização de uma Conferência. E aí nós realizamos, foi muito interessante porque houve uma conformação de forças de profissionais da área da saúde, nós tínhamos as representações da categoria médica, nós tínhamos as representações da categoria dos odontólogos, da fisioterapia, do serviço social, da psicologia e da enfermagem. Então foram grupos que começaram a se reunir, a se procurar, pelo sentido de até de conhecimento, enfim, relações pessoais, começaram a ampliar essa possibilidade da construção dessa Conferência. Isso tudo foi se dando aos poucos, enfim, e a Conferência ela acabou acontecendo, ela aconteceu no Palácio da Cultura, foi uma Conferência extremamente interessante, eu lembro que eu e César Ronald percorremos várias localidades de Campos, de carro - era uma Kombi - pra fotografar situações adversas da vida social que poderiam impactar na questão da saúde. Então fotografávamos as valas negras em vários bairros mais distantes, mostrando como que Campos, uma cidade com muita potencialidade e com dinheiro, assim, recursos - mas naquela época nem tantos -, e nós ainda tínhamos uma população a mercê dessa benesse do poder público, com promessas e sem realização disso. Foi um dia inteiro, mais de um dia, madrugada a dentro, nós queríamos montar um grande painel na entrada do Palácio da Cultura para que a sociedade pudesse ver que aquela saúde, aquela maquiagem da saúde no centro da Cidade ela não se reproduzia nos bairros mais afastados e nos distritos também, muito pelo contrário, nós tínhamos ali situação de extrema pobreza, situações de doenças completamente incontroláveis, sem nenhum controle, ou seja, mortalidade infantil alta, mortalidade infantil por problemas simples como infecções primárias, desnutrição, doenças respiratórias, diarreicas, então situações que estavam diretamente ligadas a condição de vida, ou seja, os elementos determinantes do meio ambiente, do meio que estavam inseridos, a falta do trabalho, da condição da casa, da estrutura da casa, da água não encanada, da inexistência de fossa, ou seja, esses determinantes eles eram muito significativos e impactavam de sobremaneira na questão da doença, da relação saúde-doença.”*

A entrevistada relatou ainda a grande participação da população nessa Conferência – apesar de o CMS local ainda não existir naquela oportunidade -, enfatizando o fato de que as inscrições para participação no evento foram abertas a toda a comunidade. Não obstante, foram as representações das categorias dos profissionais de saúde que deram o tom à dinâmica desse encontro, inclusive definindo a peculiar composição do Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, como veremos a seguir.

Além do movimento Frente Ampla da Saúde, esses profissionais foram representados por diversas entidades corporativas como o Sindicato dos Médicos, a Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia, o CREMERJ, o Sindicato de Odontologia, o Conselho Regional de Serviço Social, a Associação Norte

Fluminense de Assistentes Sociais e a Associação dos Psicólogos do Norte Fluminense, dentre outras<sup>88</sup>.

No âmbito do seu tema geral “A Municipalização é o Caminho”, três assuntos mais específicos foram ser eleitos pelos organizadores para nortear a I Conferência: a formulação de uma política sanitária para o município; a eleição de delegados para a I Conferência Estadual de Saúde; e o principal deles, definir a organização, o funcionamento e a composição do Conselho Municipal de Saúde. Em que pese a criação do Conselho Municipal de Saúde local ter sido aprovada nesse evento, sua implantação só veio a efetivar-se em setembro de 1991.

No entanto, a composição do Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes é mais uma das especificidades locais, as quais, em seu conjunto, fazem o município ser um importante estudo de caso, particularmente no que se refere à dinâmica do processo de implantação e consolidação do SUS, teoricamente o sistema universal de saúde brasileiro. Desde a sua gênese, esse órgão deliberativo é formado por um “quinto poder”, que são os representantes das instituições formadoras de profissionais de saúde, segmento então denominado “Formadores de Recursos Humanos”.

Ou seja, o Conselho de Saúde local foi criado por uma lei municipal a qual, diferente das orientações da lei federal, criou um novo segmento representativo. Como não fosse o suficiente tal inovação, pela referida lei municipal no CMS local o segmento representativo do governo ficou separado do segmento dos prestadores de serviços, e os prestadores de serviços, por sua vez, ficaram igualmente separados entre públicos e privados.

Reitera-se aqui esse importante detalhe: pela normativa federal, os representantes do governo e os dos prestadores de serviços públicos e privados – com ou sem fins lucrativos – ficam reunidos em um único segmento que responde por 25% do total de Conselheiros. Pela normativa municipal que criou o Conselho local, os representantes o governo e dos prestadores públicos ficam juntos, mas ambos separados dos prestadores de serviços, definidos pela lei local como sendo os privados.

---

<sup>88</sup>De acordo com Pinto (2003:139), “a I Conferência Municipal de Saúde de Campos contou com a participação efetiva da sociedade em três consecutivos dias de trabalhos, registrando a presença de aproximadamente 350 delegados e suplentes, além dos 150 observadores”.

Dessa forma, ficou assim composta a configuração das representações no Conselho Municipal de saúde local, de acordo com a Lei municipal 5195/91:

- Profissionais de Saúde - 5 titulares e 5 suplentes
- Prestadores de serviços - 5 titulares e 5 suplentes
- Formadores de Recursos Humanos - 5 titulares e 5 suplentes
- Poder público – 5 titulares e 5 suplentes
- Usuários - 20 titulares e 20 suplentes

É bem verdade que a configuração do Conselho de Saúde local respeita desde sempre a exigência da lei federal acerca da paridade da representação, com 50% de usuários e outros 50% dos demais segmentos – essa é, aliás, a justificativa mais utilizada para explicar a manutenção da formatação atípica do mesmo. No entanto, nossa linha de argumentação é que, com base nos relatos da literatura acerca das experiências no Brasil, não é possível afirmar que essa paridade seja suficiente para garantir o equilíbrio de forças desejado no âmbito do qualquer dos Conselhos Municipais, muito menos em Campos dos Goytacazes.

Noutras palavras, apesar da Resolução 33/92 vir a formatar claramente os segmentos e suas representatividades, nosso argumento é que a paridade de forças não acontece na realidade dos CMS, pelas diversas razões que ainda virão a ser analisadas nesse capítulo. Com base nessa premissa, o que nos interessa sobremaneira para essa pesquisa é a existência de fortes evidências de que, no caso em tela, essa formatação contribuiu – e muito – para a configuração do ambiente político-institucional da saúde local, assim como influenciou a lógica alocativa dos recursos no período desse estudo - 1999 a 2009 – contexto de crescente incremento de recursos no setor saúde.

Dito de outro modo, acreditamos na probabilidade dessa formatação ter alterado ainda mais a correlação de forças no Conselho Municipal de Saúde, apesar da paridade numericamente proporcional. Destacamos a importância dessa paridade de forças, por ser a mesma uma prerrogativa fundamental para dar direcionalidade às políticas de saúde locais, assim como para o cumprimento das funções desse órgão como um todo.

Ainda que tal abordagem possa ser contestada – afinal, uma hipótese dessa natureza mereceria um estudo específico -, por outro lado a dinâmica do processo

de negociação para a implantação do Conselho local mantém uma indiscutível similaridade com a forma como foram configurados os acordos relatados no capítulo anterior, tanto no sentido da estratégia de acomodar os interesses de todas as partes envolvidas, quanto na notável força dos vendedores de serviços – profissionais de saúde e prestadores de serviços privados. Vejamos.

A entrevistada C relata dessa maneira o contexto dos primeiros movimentos políticos que deram origem ao Conselho de Saúde local:

*“Porque ainda não existia nada, era tudo embrionário, imagine que nós estávamos fazendo um movimento de construção de um modelo, forças da sociedade, forças, enfim, emblemáticas no debate da saúde, por isso entra medicina, entra odonto, entra psicologia, enfermagem. O que essas forças tinham em comum era necessidade da secretaria de saúde convocar a Conferência, ela tinha que convocar, era uma exigência, se não os recursos da transferência não viriam para Campos. Então precisava constituir-se sim o Conselho, para constituir-se o Fundo (Municipal de Saúde), isso só seria constituído depois de se ter um amplo debate, era preciso pensar um plano, um plano de saúde para o município, primeiro dentro de um modelo de sistema único de saúde. E aí nesse período nós construímos o que nós chamamos de Frente Ampla da Saúde, era uma frente de profissionais extremamente incomodados com aquele modelo de trabalho, de remuneração, de exigência, sem nenhum tipo de retorno concreto, de melhoria da qualidade de saúde da população e nem para a garantia de um trabalho reconhecido. E essa frente foi formada justamente com esses segmentos, com essas representações de profissionais, então não tem aí prestador de serviços, não tem aí formador, mesmo que, nesse contexto da Frente Ampla, você tem profissional que é prestador, você tem profissional que é diretor de universidade, você tem profissional que é, enfim, tá na área da representação da categoria profissional. Mas nesse momento ainda não havia pensado o modelo da composição desse Conselho, nós sabíamos pela orientação da lei, que ele tinha que ser paritário (...) a Conferência foi extremamente disputada politicamente, já víamos na Conferência, já víamos claramente os interesses distintos ali na briga, na disputa. Na disputa de que? Temos que ganhar, não podemos perder espaço, temos que garantir a nossa presença nesse Conselho. E aí eu lembro perfeitamente que quando havia um debate no plenário da Conferência, um grupo se reunia numa sala, principalmente os mais progressistas, para discutir como seria influenciar o processo, como é que esse processo seria conduzido? Como é que seria levado para esse plenário a proposta de construção desse modelo de Conselho. E aí as questões foram fervilhando.*

A Frente Ampla da Saúde foi um movimento de enorme importância e relevância no início dos anos 90. Uma das dimensões mais simbólicas do poder que tinha esse movimento foi uma longa greve na saúde, promovida sob sua coordenação, no ano de 1992.

Há também de se destacar o papel fundamental que a Frente Ampla da Saúde teve em todo o processo de municipalização da saúde local, tanto cobrando a demorada posse do Conselho Municipal de Saúde<sup>89</sup>, como na elaboração do seu Regimento Interno, ou mesmo na posterior implantação do Fundo Municipal de Saúde, instituído pela Lei Municipal 5395/92, última exigência para o recebimento dos repasses das verbas federais ao município.

Contudo, partiu também de parte desse grupo a proposta de implementar o Conselho Municipal de Saúde com esse peculiar formato. Pode se dizer que o quinto elemento do Conselho Municipal de Saúde local é a primeira expressão dos acordos atípicos que foram sendo feitos ao longo do desenvolvimento do SUS local, devidamente institucionalizados e documentados, a despeito das normativas legais. No caso específico, o formato foi consolidado para contemplar a participação de pessoas e instituições que desejavam manter no Conselho Municipal de Saúde o mesmo protagonismo que tinham, não só dentro do movimento Frente Ampla da Saúde como naquele momento político, como um todo.

Assim, na medida em que foram se definindo quais representantes poderiam compor cada segmento do Conselho, ficavam mais claros e explícitos os interesses envolvidos e os posicionamentos que acabaram por vir a consolidar um modelo de representatividade que se mantém até os dias atuais. Os relatos da entrevistada C, a seguir, expõem essa questão ao leitor, na perspectiva de quem foi um importante ator desse processo.

*(...) Quem são os usuários? São associações de moradores, são igrejas, são outras associações de apoio beneficentes, e algumas questões dessa ordem, sindicatos da saúde eles não poderiam estar no campo dos usuários, teriam um campo exclusivo para eles que é um campo dos profissionais, então o usuário é esse leque de representação que vai da associação à igreja, ao grêmio, que é a escola, e ao sindicato outros, que não são sindicatos da área da saúde, bom confederações, enfim. E aí, isso estava posto, não tem problema nenhum, esse lugar estava garantido, ou seja, quem representava essas instituições estava se sentindo muito cômodo, porque estaria garantido e ninguém iria colocar a mão. Outros são os*

---

<sup>89</sup> Uma importante reunião da Frente Ampla da Saúde ocorrida no dia 12 de agosto de 1991 foi a pressão derradeira que culminou na aprovação pela Câmara Municipal da Lei 5191/91, no dia 09 do mês posterior. Na ampla pauta desse referido encontro, além dessa temática, reivindicava-se ou questionava-se ainda i) a representação do município na Conferência Estadual de Saúde (que aconteceria em outubro daquele mesmo ano); ii) condições de trabalho nas unidades ambulatoriais e de urgência; iii) a criação do estatuto dos Servidores Municipais; iv) o preenchimento das vagas ainda existentes do então último concurso; a retirada do abono dos profissionais de nível médio e a supressão dos dias de folga da enfermagem; e v) o índice para correção do piso salarial dos profissionais de nível superior, um dos acordos para o fim da greve promovida pelos profissionais da saúde, em maio do mesmo ano.

*prestadores, muito claro também, os prestadores são donos de laboratórios, clínicas, hospitais que não sejam da área pública, poderiam ser os privados e os filantrópicos, menos os da área pública - então, por exemplo, o Ferreira Machado estaria fora, porque o Ferreira Machado é um hospital público então ele estaria na composição de gestor, e não na composição de prestador de serviço (...) isso inclusive está no nosso regulamento, no nosso Regimento e no nosso Estatuto. Qualquer representação pública de qualquer natureza ou da área da saúde, não pode compor nenhum outro segmento do conselho que não seja o segmento do gestor, que nesse caso é o segmento do governo.*

*Foi aí que a questão pegou (...) onde ficarão as unidades formadoras de recursos na saúde, tanto é que ela aparece como segmentos de formadores de recursos em saúde. Onde ficarão essas unidades? Esse segmento representa uma pessoa que gostaria de estar naquele Conselho, mas se ele não puder entrar pelo prestador, e se ele não puder entrar pelo governo, tem que entrar por outro segmento. Qual é esse outro segmento? Não existia, só existia o governo, o prestador, o profissional e o usuário. Ah, ele poderia entrar pelo profissional, como? Pelo sindicato dos médicos ou pela Sociedade Fluminense de Medicina de Cirurgia, são só duas, mas tinha muita gente interessada em fazer parte desse Conselho, então perceba que era um momento muito tenso, um momento em que nada poderia ficar fora (...) nós temos nesse segmento da saúde relações que são muito fluidas, então você tem o profissional médico, ele é professor da Faculdade, ele é Diretor de uma instituição privada e ele também é Diretor de uma instituição pública. E aí as coisas começaram a pegar, ou seja, esse segmento em especial trouxe uma problematização em caráter assim muito contundente. E os formadores? E aí o debate foi ferrenho, defesas de um lado, controvérsias de outro, contraproposta de outro, mas eu diria assim, muito frágil. Naquele momento o poder dessa categoria, os contra argumentos eram frágeis, no sentido de derrubar a proposta de incorporar um quinto elemento, um quinto segmento, ainda que à revelia da Lei. Campos parece que não é muito preocupado com a questão da lei. Tanto é que a lei foi configurada, a lei que cria o Conselho o decreto e a lei que é encaminhado, a lei que cria o Conselho, o regimento do estatuto é claro: são cinco segmentos, é o caso único, eu não conheço e olha que eu estudo bastante Conselhos.*

Há alguns aspectos muito importantes nesse relato, os quais merecem destaque. As “relações fluidas” a que a entrevistada se refere é de uma relevância que ultrapassa a questão da formatação do Conselho Municipal de Saúde – embora isso por si só não seja trivial. Não se refere apenas a uma característica do setor saúde, no qual é comum os profissionais de todas as categorias trabalharem simultaneamente para diversas instituições, tanto públicas como privadas. Trata-se de imbricadas relações de poder, tanto formais quanto informais, que se manifestam desde o simples fato desses profissionais exercerem cargos de comando em uma instituição, enquanto presta serviços ao seu “concorrente”, até na capacidade da



força corporativa dessas categorias de influenciar decisões estratégicas na organização dos serviços e na gestão do sistema de saúde.

Dizendo de um modo mais claro, essas “relações fluidas” são responsáveis por recorrentes situações nas quais há indiscutível conflito de interesses, especialmente quando estão concomitantemente envolvidas a esfera pública e a privada, não raro influenciando as políticas de saúde, ainda que indiretamente. Vale pensar, como exemplo, o caso do Conselho de Saúde local<sup>90</sup>. Principalmente em se tratando de um órgão com atribuição de fiscalização e de participação na formulação das políticas de saúde locais, essa argumentação fica ainda mais compreensível.

A criação do “quinto poder” não pode ser vista apenas sob a perspectiva da acomodação de interesses de pessoas, mas também do ponto de vista do equilíbrio de forças e da representatividade no Conselho. Primeiro, porque ele foi concebido para acomodar um representante de uma instituição privada que é controladora de um hospital privado de ensino, importante prestador de serviços contratado pelo SUS – um dos quatro hospitais que vieram a receber a parte da verba destinada a convênios. Na mais singela das considerações, esse prestador de serviço já estaria duplamente representado.

Segundo, dos formadores de recursos humanos do município, apenas um é público – a Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense. Ou seja, considerando por óbvio que as Faculdades de Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Enfermagem, Psicologia, além da Faculdade de Medicina, todas privadas, serão representadas no segmento formadores de recursos humanos por esses respectivos profissionais, isso significa, no mínimo, o fortalecimento da representatividade segmento dos profissionais de saúde. No limite, considerando que os prestadores privados são importantes compradores do produto final produzido por essas instituições, esse segmento pode também representar um

---

<sup>90</sup>Ao que tudo indica, as “relações fluidas” do setor saúde se tornaram algo natural naquele órgão, inclusive indiferenciando o público do privado, num explícito conflito de interesses, como relata abaixo a entrevistada C: *“Nosso estatuto também prevê que nenhum Conselheiro que faça parte de alguma instituição privada, pode representar, por exemplo, outro segmento publica em vice versa: você é subsecretario, mas também é Diretor de um hospital X, então você por ser, ah, eu sou sub secretario mas sou Diretor do X, eu vou no Conselho representando o X, você não pode, porque há conflitos de interesses, ao mesmo tempo que você esta ali representando um segmento privado e você também tem que olhar para o publico, pois você também é secretario . Isso é o que mais tem em Campos, é o Diretor da Faculdade, que também é o Diretor de um hospital público, que também é um Diretor de um hospital privado, Y, Z, ou seja, isso é uma teia, uma relação que vai se enveredando...”*

fortalecimento do segmento dos prestadores de serviços, na medida em que a expansão do setor privado de prestação de serviços representa necessariamente a expansão do mercado de trabalho para esses recursos humanos formados.

Quanto ao segmento dos prestadores de serviços, outro pequeno detalhe da configuração do Conselho de saúde local – na verdade, nem tão pequeno assim! – fortalece a argumentação em tela. Diferente da Resolução 33/92, que estabelece que um quarto da representatividade dos Conselhos é formado por representantes do governo e dos prestadores de serviços públicos e privados, reunidos em um único segmento, no caso de Campos dos Goytacazes, conforme já mencionado, esses representantes foram divididos em dois segmentos distintos – governo e prestadores de serviços.

Mais que isso, os prestadores de serviços públicos e privados foram colocados em segmentos diferentes: os prestadores públicos ficaram no segmento governo, e o segmento dos prestadores de serviços passou a representar apenas os prestadores privados de saúde – os quais, por um lado, absorvem os recursos humanos formados pelas instituições representadas naquele segmento, e nos quais, por outro lado, os profissionais de saúde trabalham<sup>91</sup>.

Sintetizando e simplificando, na perspectiva das “relações fluidas” na saúde, a representatividade do setor privado no Conselho Municipal de Saúde local pode significar, numa simples configuração de interesses, 15 dos 20 representantes dos segmentos<sup>92</sup> que fazem paridade com o segmento dos usuários. Tendo em vista o peso que essas “relações fluidas” tem a sobre a atuação dos Conselhos de saúde, não é exagero afirmar que elas podem ser uma variável importante na conformação do ambiente político-institucional local, principalmente em razão de uma possível influência no processo decisório, incluindo o de alocação de recursos.

Se retomarmos à explanação do Capítulo 2, acerca da dinâmica da implantação dos convênios do setor público com os hospitais filantrópicos e sem fins

---

<sup>91</sup> É curioso notar que essa separação entre prestadores públicos e os prestadores privados se tornou uma das principais características do sistema de saúde local. Conforme mostrado no Capítulo 2, a gênese dessa separação foi a inauguração da administração indireta na saúde, com a criação da Fundação João Barcellos Martins em 1989, se consolidou ao longo do tempo, principalmente no período desse estudo, em razão das escolhas alocativas e políticas já mencionadas. Vale notar que, pelo menos um primeiro momento, parecem movimentos distintos – o derivado da administração indireta foi decisão do poder público, diferente da do Conselho. Independentes ou não, suas consequências se somam e, de algum modo, representam a lógica da organização dos serviços de saúde local.

<sup>92</sup> 5 dos prestadores de serviços, 5 dos formadores de recursos humanos e 5 dos profissionais de saúde, ficando penas os 5 para governo e prestadores públicos.

lucrativos, é possível perceber um pouco dessa aliança de interesses privados mesmo entre atores que, embora disputassem “fatias de um mesmo bolo”, articularam-se eficientemente para participarem, em conjunto, dos benefícios da lei que permitia a aplicação de recurso dos royalties na área da saúde. Conforme já ficou claro no trabalho, essa dinâmica alocativa influenciou diretamente a configuração do ambiente político-institucional local, no campo da saúde.

Há um outro elemento que de algum modo evidencia essas “relações fluidas” e, ainda, a força do movimento político dos profissionais de saúde. Naquele contexto da municipalização, muitos profissionais que tinham vínculos federais, principalmente no antigo INAMPS, passaram a exercer suas atividades nos hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos. Não precisaria reiterar que essas instituições são de natureza privada, embora tratadas como públicas, pelo fato de serem conveniadas ao SUS. Essa situação se manteve até a aposentadoria de quase todos esses profissionais, ou seja, até os dias atuais, e beneficiava profissionais de diversas categorias do setor saúde, e não apenas os médicos.

Apesar disso, a categoria médica tem maiores possibilidades de ganhos nesse acordo feito no período da municipalização. Por exemplo, há inúmeros cargos de médicos que acumulavam várias remunerações numa mesma instituição filantrópica: exercia o vínculo público (federal e estadual), era contratado do hospital e ainda atendia “consulta social”, recebendo o equivalente a 60% do valor da mesma. Eventualmente, alguns eram também sócios ou proprietários de serviços de média complexidade, terceirizados pelo mesmo hospital, mas prestados em suas próprias dependências, não raro tendo como auxiliares profissionais cedidos pelo próprio hospital.

Obviamente, isso não significa necessariamente qualquer irregularidade, tendo em vista a possibilidade de acordos ou composições de custos ou repasses às instituições. Do mesmo modo, em relação aos médicos, não são incontestáveis as justificativas de que exercem atividades independentes, prestadas de forma independentes<sup>93</sup>. No entanto, no contexto de nossa abordagem, o conjunto dessas relações fluidas características do setor saúde, esses casos são bastante elucidativos como exemplo e reflexão acerca das tênues fronteiras entre o público e o privado, especialmente no caso em estudo.

---

<sup>93</sup>De fato, nada impede que o profissional exerça seu vínculo público, por exemplo, atendendo consultas pelo SUS, seu vínculo privado nas enfermarias e/ou em plantões nessas unidades, e atenda consultas particulares, como uma atividade liberal.

A propósito da prevalência da força da categoria médica na defesa dos seus interesses, essa característica fica bastante evidente no caso da implantação do “quinto poder”- o relato da entrevistada C mostra com clareza esse fato. Por outro lado, é necessário reiterar que não se trata de uma característica local ou pontual: conforme visto no Capítulo 1, Immergut (1992), dentre outros, considera a força corporativa das associações médicas intensa o suficiente para se contrapor ou para se impor frente ao Estado, na dinâmica dos conflitos entre compradores e vendedores de serviços.

Obviamente esse mesmo fenômeno tem se mostrado presente ao longo de todas etapas desse trabalho, sendo fato incontestável que ele tenha se reproduzido no âmbito do Conselho Municipal de Saúde, tanto na sua formatação quanto na sua dinâmica de funcionamento. Não obstante, é preciso ressaltar que, nesse caso do Conselho pelo menos, essa força corporativa acabou por fortalecer todas as categorias, inclusive no que se refere aos formadores de recursos humanos, conforme já explicitado.

Aliás, há um fato bastante interessante acerca do segmento de formadores de recursos humanos, que precede à I Conferência Municipal de Saúde e, por consequência, à criação do Conselho Municipal local. Conforme muitas vezes mencionado, a administração indireta na saúde local foi a criada com a implantação da Fundação João Barcelos Martins, em agosto de 1989. Em seu estatuto original, consta como membros do Conselho Diretor daquela instituição, dentre outros, um representante da Faculdade de Medicina, um da Faculdade de Odontologia e um da Faculdade de Serviço Social - há também um representante do Conselho Municipal de Saúde, que ainda não havia sido criado, e um representante do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde)<sup>94</sup>.

Chama a atenção o fato de os membros do Conselho Diretor serem representantes não das respectivas categorias profissionais, mas representantes de instituições formadoras de recursos humanos, duas delas privadas. Ou seja, a implantação do “quinto poder” no Conselho Municipal de Saúde não foi um evento aleatório, descolado da lógica política setorial local. Pelo contrário, reflete exatamente a força dessa mobilização política local naquele período, como foi bem ressaltado por Pinto (op.cit). É nesse sentido, que a Frente Ampla da Saúde,

---

<sup>94</sup> Ver Tabela L, pg157, no Capítulo 2. Nessa tabela é possível observar que os representantes do SUDS e do CMS foram excluídos na primeira alteração estatutária, no final do ano de 1990, ainda antes, portanto, da criação do CMS local.

particularmente, veio ser um movimento setorial que teve importante influência, direta e indiretamente, na configuração do ambiente político-institucional da saúde local.

Caminhando para finalizar a análise dessa dimensão dos Conselhos Municipais de Saúde, classificada por Gaedtke & Grisotti (2011) como instituição representada, vale mencionar os trabalhos de Cotta et.al. (2008) e Van Stralen et.al. (2006), os quais estudaram, respectivamente, o Conselho Municipal de Saúde de Viçosa (MG) e os Conselhos Municipais de Saúde de 9 municípios dos Estados de Goiás e Mato Grosso do Sul. No primeiro estudo, as autoras concluíram que, apesar de formalmente constituído segundo a Resolução 33/92, na prática a composição do referido Conselho não era paritária, principalmente em razão da sub-representação dos profissionais de saúde - apenas 9% do total de Conselheiros.

Em contrapartida, os representantes do governo e dos prestadores de serviços eram, respectivamente, 22,7 % e 18,2% do total de Conselheiros; ou seja representavam 41 % do total de vagas, quando deveriam limitar-se a 25%, de acordo com a legislação e com sua configuração formal. Com isso, as autoras alertam para a possibilidade de um aumento do poder do governo e dos prestadores no Conselho Municipal de Saúde de Viçosa – MG, “o que pode privilegiar o setor privado em detrimento do setor público, ou ainda transformar a municipalização em seu efeito indesejável da “prefeiturização”, situação predominante de hegemonia, em que a dominação exercida pelo executivo decorre das relações patrimonialistas ou de algum tipo de liderança carismática” (Cotta et.al. 2008:2441).

O trabalho de Van Stralen et.al. (2006) também aponta uma sub-representação dos profissionais de saúde em oito dos nove Conselhos de Saúde estudados, destacando que em dois deles esse segmento não é representado por entidades de classe, mas por funcionários da Secretaria Municipal de Saúde ou por profissionais, isoladamente<sup>95</sup>. Os autores atribuem tal realidade à baixa mobilização da das entidades de classe nesses municípios.

Mas a maior especificidade que essa pesquisa revelou foi que em todos os nove Conselhos o número de representantes dos prestadores de serviços era minoritário. Esse fenômeno foi creditado à pressão dos “movimentos sanitários” para

---

<sup>95</sup> Moreira e Escorel (2009) mostram que, em termos nacionais, as entidades que mais representam os profissionais de saúde nos Conselhos Municipais são os sindicatos e as associações de trabalhadores de diversas categorias do SUS, as quais, segundo eles, claramente divididas entre s trabalhadores de nível médio e os de nível superior .

restringir a participação dos mesmos. O resultado, no entanto, foi o contrário do que se imagina ser aquele esperado por esses movimentos pois, por serem minoria, os prestadores de serviços passaram a negociar diretamente com o secretário de saúde. Como bem disseram Van Stralen et.al. (2006:625), “assim, o Conselho de Saúde deixa de ser uma arena política onde os diversos grupos de interesse (*stakeholders*) se confrontam e negociam suas propostas<sup>96</sup> e tende a se tornar um espaço onde, predominantemente, trabalhadores e usuários vocalizam suas demandas.”

Obviamente, a menção a esses estudos não tem nenhum fim comparativo com o caso do Conselho de Saúde de Campos dos Goytacazes, mesmo porque o objetivo da análise da gênese e da formatação dessa entidade local é entender as relações de poder, as forças políticas e os interesses envolvidos, buscando identificar suas correlações e eventuais influências nos objetivos desse trabalho, quais sejam, entender a formatação do ambiente político-institucional a partir da lógica alocativa dos recursos, bem como seus efeitos para a trajetória do sistema de saúde local.

Não obstante, o leque de pesquisas disponíveis acerca do funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil permite perceber as dificuldades comuns à maioria deles, dificuldades essas que não são iguais em sua forma, mas em sua substância. Dito de outro modo, se o caso dos Conselhos de Campos dos Goytacazes (RJ), de Viçosa (MG) e os dos 9 municípios de Goiás e Mato Grosso diferem totalmente em suas especificidades – como é até natural, em razão da pluralidade de características das regiões e dos municípios brasileiros -, por outro lado é uma clara dificuldade comum nesses 11 casos mudar a dependência de trajetória do sistema de saúde brasileiro, no que se refere à força do segmento privado na formulação das políticas de saúde.

Ou seja, a força do setor privado se manifesta em todos esses casos, embora de diferentes formas, na medida em que a correlação de forças do âmbito dos Conselhos faz com que, na prática, suas configurações sejam totalmente diferentes, ainda que formalmente se mantenham como prescrito na lei – o que não é o caso de Campos dos Goytacazes, que mesmo formalmente permanece até hoje tal qual na sua gênese, à revelia da lei, portanto. Evidentemente que isso não é suficiente para

---

<sup>96</sup> Em Campos dos Goytacazes o Conselho não se tornou lugar de debate, mas de acordos para composição de interesses, sem conflitos e sem mudança, como ficará cada vez mais claro no decorrer desse Capítulo.

explicar a dinâmica do Conselho local. Insistimos na premissa do jogo de soma positiva que se desenha através de acordos de acomodação de interesses – fato que se mostrará cada vez mais claro ao leitor, na sequência dessa análise.

Seguindo como orientação referencial o esquema de Gaedtke & Grisotti (op.cit), abordaremos doravante as dimensões usuários do SUS e Política Municipal de Saúde. Como foi observado pelas autoras que assim as denominaram, essas dimensões não são isoladas, e também por isso aqui serão abordadas de forma interdependente. Ou seja, tanto a dimensão Política Municipal de Saúde – a qual terá como ênfase o papel do governo municipal como um todo e dos Secretários Municipal de Saúde, em particular –, quanto a de usuários do SUS serão analisadas no contexto de processo de implantação e consolidação dos Conselhos Municipais de Saúde.

Em relação aos usuários de SUS, diversos trabalhos tais como os de Moreira e Escorel (2009) e Gaedtke & Grisotti (op.cit) mostram o perfil desses conselheiros em relação a variáveis como faixa etária, gênero, etc. Não será esse o nosso foco nesse momento, mas sim a capacidade de organização e mobilização desse segmento, fatores que estão diretamente ligados ao maior ou menor poder de vocalização de suas demandas. Moreira e Escorel (2009) realizaram um importante estudo - o qual usaremos como norte didático das nossas argumentações, em conjunto com Gaedtke & Grisotti (op.cit) - que reúne algumas importantes informações acerca dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil, nesse sentido.

Para sistematizar essas informações, Moreira e Escorel (2009) compilaram os dados em três dimensões: autonomia, organização e acesso. Não faremos aqui a separação entre elas, posto que os dados serão contextualizados na nossa análise; contudo, achamos relevante citá-las por representarem os tópicos gerais mais relevantes acerca dessa temática, especialmente porque o referido estudo alcançou nada menos que 98% do total dos Conselhos Municipais de Saúde brasileiros.

Assim, importa-nos saber que as variáveis da primeira dimensão (autonomia) tem a ver com a capacidade dos CMS funcionarem de forma independente do poder executivo local, inclusive politicamente; as da segunda (organização) referem-se ao grau de estruturação interna dos Conselhos e de capacitação dos Conselheiros; e, por fim as da última, (acesso) que diz respeito à possibilidade, por um lado, da população participar do cotidiano dos Conselhos, e por outro, dos Conselheiros concorrerem ao cargo de Presidente.

Tendo agrupado os Conselhos de Saúde em 10 conjuntos, levando em consideração o porte dos municípios brasileiros em termos populacionais, o estudo verificou que dos problemas mais gerais e comuns aos Conselhos de Saúde estão na dimensão autonomia e na dimensão organização. No âmbito da primeira, aspectos como estrutura física inadequada ou inexistente e infraestrutura precária são algumas das dificuldades e limitações comuns a todos eles, independente do número de habitantes da localidade. No que se refere aos Recursos Humanos, a disponibilidade de uma equipe administrativa cresce proporcionalmente ao volume populacional o município, sendo predominante naqueles com mais de 500 mil habitantes.

No entanto, a disponibilidade de recursos financeiros é o problema mais relevante de todos. De acordo com o levantamento, apenas em municípios com mais de 2 milhões de habitantes esse cenário é diferente – 80% deles possuem dotação orçamentária própria. Nos demais, aproximadamente 65% deles não tem orçamento independente, percentual que chega a 90% de até 50 mil habitantes.

Esse dado não é trivial, segundo os autores, tendo em vista que os responsáveis por proverem esses recursos financeiros, humanos e de infra-estrutura são as Secretarias Municipais de Saúde. A grande questão envolvida nessa configuração seria o fato de a autonomia dos Conselhos depender daqueles que, em tese, podem se ver ameaçados ao legitimar e fortalecer uma instituição de caráter deliberativo e detentora de metade do quórum do plenário<sup>97</sup>.

Outro fator levantado pelos autores é que, se por um lado as Secretarias Municipais de Saúde são os únicos entes legalmente obrigados de participar de todas as deliberações, como representantes do Poder Executivo, diretamente responsáveis pelas decisões em relação ao sistema de saúde local, por outro não há nenhuma regra ou normativa que responsabilize os Conselhos pelas consequências de suas deliberações.

Em compensação, também não existe nenhum ônus legal para os gestores municipais por não cumprirem a obrigação de financiar e dar estrutura aos Conselhos de Saúde, razões pelas quais se torna bastante tensionada essa relação

---

<sup>97</sup> Como disseram Moreira e Escorel (op.cit:799), “*Numa instituição cuja metade dos Conselheiros é representante de um mesmo segmento, há possibilidades concretas de que esses, sozinhos ou com baixo custo de transação, possam se articular para valer fazer seus interesses - sobretudo os de veto -, independentemente dos interesses de outros segmentos representados.*”



política entre governos e Conselhos, com importante reflexo no processo decisório referente às políticas nos respectivos ambientes federativos de saúde locais.

De nossa parte, queremos novamente destacar a linha de argumentação sustentada no fato de que a paridade numérica nos Conselhos não garante nem significa necessariamente que haja paridade de forças nos Conselhos. Por diversas razões, algumas já mencionadas, como a dependência de trajetória da força do segmento privado e outras ainda vindouras na sequência dessa abordagem. Dentre essas, a capacitação dos conselheiros, que junto com a ausência das comissões permanentes são as variáveis mais críticas da dimensão Organização em municípios de todos os portes<sup>98</sup>, segundo o estudo.

Em relação à necessidade de capacitação dos conselheiros, isso é ponto pacífico em toda a literatura (Gaedtke & Grisotti, op.cit). Esses e diversos outros autores mencionam essa dificuldade, corroborando os dados mais gerais obtidos na pesquisa. Por essa razão, essa temática mereceu a atenção do Conselho Nacional de Saúde, o qual estabeleceu diretrizes e orientações para que Estados e Municípios possam capacitar seus conselheiros. Há duas vertentes que se somam, nessa questão da qualificação: uma delas é a teórica, aqui não no sentido do grau escolaridade, mas no que se refere ao conhecimento dos princípios do SUS, de suas principais legislações e normas, de estar atualizado em relação às portarias mais importantes; e a outra envolve uma questão prática: a falta de vivência da dinâmica da participação política, da consciência da importância de seu papel de, como Conselheiro, estar representando a sociedade civil, de saber que o CMS é um espaço plural no qual os conflitos são parte da dinâmica do processo decisório, etc.

Dois exemplos na literatura ilustram essa última questão, em particular. Um foi trazido por Morita et.al (2006), quando relatou a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Botucatu – SP. Nele o autor destaca que os Conselheiros ligados aos sindicatos e às associações de trabalhadores são os mais expressivos dentre os segmentos da sociedade civil, vindo a concentrar a vocalização das demandas dos demais representantes, muitas das vezes por escolha e a pedido deles. Em que pese os autores valorizarem o fato de que isso se deve não a um “saber formal, mas de um saber adquirido a partir da vivência de cada um e que foi transformado em recurso de poder” (Morita et.al, 2006:53), o que, entretanto, não

---

<sup>98</sup> As autoras ressaltam que, dentre as 18 variáveis analisadas, essas duas foram as que apresentaram o pior desempenho, e em todos os grupos de municípios.

significa qualquer garantia de que o Conselho seja canalizador das demandas desses usuários representados.

Criticando a exigência de a participação nos Conselhos estar restrita às instituições formalmente organizadas, esses mesmos autores mencionam outro trabalho de Morita (2002), no qual boa parte das instituições declara como critério de escolha do seu representante para o Conselho considerarem o indivíduo “o mais “qualificado” sempre como a melhor alternativa para eleger a sua representatividade nesse órgão. (Morita et.al, 2006). Assim, ocupar um cargo de direção, por exemplo, passou a ser um “critério” para se tornar um representante do Conselho, o que levaria a situações ainda mais críticas, em termos de representatividade, porque significa que muitas das representações dos Conselhos estariam lá apenas formalmente, ou seja, para ocuparem uma vaga e fazerem o Conselho funcionar, em consonância com as exigências legais, dentre as quais a paridade.

Nessa mesma direção, ao analisarem as relações do Conselho e dos conselheiros com suas instituições representadas, Gaedtke & Grisotti (2011:126) sustentam haver evidências, empíricas e na literatura, de que muitos dos Conselheiros participam dos Conselhos por serem obrigados a representar determinada instituição. Mais que isso, afirmam ainda haver uma série de estudos que “sugerem que o perfil dos representantes dos conselhos desenha uma espécie de elite participativa caracterizada por maior renda e escolaridade, se comparada à média da população em geral”.

Desnecessário seria reiterar que tudo isso tem como consequência a não legitimação da representatividade, não fosse a implícita assimetria de poder que na realidade existe, para além da paridade numérica exigida pela Lei. Ademais, há de se ressaltar a preocupação mencionada por Gerschman (2004 in Gaedtke & Grisotti, 2011) a esse respeito: indo ao encontro da crítica há pouco trazida por Morita (2006), acerca da exigência dos representantes estarem vinculados à entidades formais, essa autora menciona que o afastamento dos movimentos sociais dos Conselhos de Saúde, por razões burocráticas ou não, pode fortalecer a viabilização de interesses corporativos nesses Conselhos, sobretudo por parte das entidades profissionais, dentre as quais ela destaca a categoria médica.

Um outro fator que interfere no processo decisório no âmbito dos Conselhos, se soma à qualificação para além da manutenção da paridade, é o número de Conselheiros. Não há nenhuma norma que determine o número de representantes

dos Conselhos Municipais de Saúde. Apenas como um parâmetro, a Resolução 33/92 sugere que esse quantitativo seja de no mínimo 10 e no máximo 20 membros, a depender do tamanho do município. É bem possível que a inclusão desse texto tenha sido em razão da natural diversidade de composições dos Conselhos, nesse sentido.

Dito de outro modo, dada a inconveniência de impor um número mínimo ou máximo de conselheiros, sob pena de contrariar o caráter democrático dos CMS, talvez o objetivo alvo dessa parametrização tenha sido uma tentativa de minimizar a possibilidade de haver uma sub-representação ou uma super-representação nos Conselhos, o que, em ambos os casos, poderia interferir no processo decisório, mesmo que mantida a paridade. No município de Campos dos Goytacazes, por exemplo, o Conselho de Saúde tem nada menos do que 80 membros – 40 titulares e 40 suplentes<sup>99</sup>.

Mais que isso, essa quantidade excessiva foi uma “condição” gerada pelo acordo para acomodar interesses privados, que culminou com a criação do “quinto poder”, os formadores de recursos humanos. Dessa forma, para que pudesse ser mantida a paridade numérica, cada um dos segmentos do Conselho de Saúde local (profissionais, governo, prestadores e formadores) ficou com 5 representantes; por consequência, o segmento dos usuários teve necessariamente que ser composto por 20 usuários. Uma das consequências dessa formatação foi uma maior dificuldade do CMS local exercer seu caráter deliberativo, de acordo com a entrevistada C – nas palavras da mesma, as reuniões pareciam mais com uma assembleia do que com um Conselho propriamente.

Retornando ao caso específico do Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, nosso objeto de análise nesse capítulo, uma situação vivida em uma das reuniões mostra ainda mais explicitamente a realidade da disparidade de conhecimentos – formais e informais – entre os representantes dos demais segmentos, em relação ao segmento dos usuários<sup>100</sup>, bem como os efeitos para a (dis)paridade de forças entre eles. O relato da entrevistada C descreve bem a situação vivida:

---

<sup>99</sup> Esse número grande certamente não é uma exceção – o município de Botucatu – SP, por exemplo, tem 64 representantes, entre titulares e suplentes (Morita et.al, 2006).

<sup>100</sup> O levantamento realizado por Moreira e Escorel (op.cit) mostra que 66% das entidades dos conselheiros titulares que representam os usuários são associações de moradores (25%), grupos religiosos (21%) e entidades de trabalhadores (20%).

*“Nós tivemos um episódio em que me lembro que estávamos numa reunião de uma escolha de representantes para uma próxima gestão, o espaço foi invadido pelo Geraldo Pudim, (político local) aos gritos, pois ele era representante do governo, querendo completamente desarticular o processo de eleição para o novo Conselho (...) E eu lembro que partidos políticos, por exemplo, eles podem entrar no segmento dos usuários, e foi justamente nesse debate que o Pudim adentrou, porque naquela época ele representava o PDT, e o PT estava pleiteando uma vaga e ele entrou com o discurso de que o partido político não podia, porque o PDT não tinha conseguido a titularidade, enfim... e foi assim uma coisa muito forte aquela situação para aqueles Conselheiros que achavam que o Conselho era um lugar lindo, no sentido de que nada o atinge, ele está fora e longe das influências do poder local, das dinâmicas da sociedade, naquele momento as pessoas ficaram muito assustadas, porque algumas não tinham ainda essa percepção e começaram a compreender. Que pessoas são essas? Não as do segmento dos profissionais, pois eram todos eles muito bem articulados, os sindicatos e tal, não as dos prestadores porque também eram todos muito bem articulados, não dos formadores, mas as dos usuários, que era onde a gente precisava ter mais independência porque ele tem a maioria do bolo, mas ele tinha e continua tendo uma subalternidade muito grande.*

O outro problema mais recorrente em todos os Conselhos, em municípios de todas as faixas populacionais, é inexistência das comissões permanentes. Essa variável foi classificada pelos autores da pesquisa na dimensão “organização”, mas, como explicado anteriormente, trata-se apenas de um recurso didático, tendo em vista que as variáveis estudadas, assim como suas causalidades e seus efeitos estão totalmente interconectados.

Gaedtke & Grisotti (op.cit) englobam todas essas variáveis num conjunto que denominaram como “as relações que se estabelecem no interior do Conselho Municipal de Saúde”. Nessa direção, é bastante razoável considerar a hipótese de que a questão da maior ou menor institucionalização das instâncias internas dos Conselhos - as comissões permanentes, a mesa diretora e a secretaria executiva – tem a ver, sim, com a questão da qualificação dos conselheiros e da capacidade de organização desses órgãos, mas também com a força dos demais segmentos e com a força do governo (Executivo) no Conselho, tópico que abordaremos doravante.

As relações entre as Secretarias de Saúde e os respectivos Conselhos Municipais não são algo simples. Ao longo do processo de implementação e consolidação dos mesmos, se por um lado muitas tensões se tornaram mais explícitas, por outro, os efeitos das relações de poder entre essas duas instituições mais importantes no processo decisório da formulação de políticas de saúde locais

ainda será objeto de análises e estudos por muito tempo, tendo em vista que tais efeitos se manifestam de forma diferente de um sistema de saúde local para outro.

Noutras palavras, os reais efeitos dessas relações de poder só são percebidos quando analisados à luz das demais variáveis que interferem na formatação do ambiente político-institucional local, como é o caso desse presente estudo. Obviamente não nos referimos aqui àquelas características que constroem e modulam todos os sistemas de saúde municipais – a dependência de trajetória da força do setor privado, as históricas relações clientelistas e patrimonialistas em nossa sociedade e a herança do autoritarismo, para ficar nos principais fatores.

Falamos, novamente, da linha central de abordagem desse trabalho: como o modelo do SUS, pensado teoricamente sob as diretrizes da descentralização e do controle social, se comporta na prática, quando aplicado a um ambiente local com essas características citadas? E mais: como esse modelo se comporta quando, na prática e sob essas tensões, há um aumento expressivo do financiamento público desse sistema, necessidade tão incontestável quanto improvável no caso brasileiro. Essa é a grande especificidade do município de Campos dos Goytacazes, que exploramos nessa tese de doutoramento.

Trazendo essa perspectiva para os Conselhos Municipais, a questão da teoria e da prática se reproduz, com um certo reducionismo a título de síntese e didática, a um debate que dá o subtítulo desse capítulo: (dis)paridade de forças? Noutras palavras, a formatação legal exigida para os Conselhos, especificamente em relação à paridade numérica da representação corresponde à paridade de forças no processo decisório? Ou pelo menos é eficaz para conter o poder das corporações e as relações patrimonialistas?

Fechando novamente o foco, vejamos como fica a dimensão das políticas de saúde, do esquema de Gaedtker & Grisotti (op.cit), a partir do componente governo. Na maior parte dos estudos acerca do funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, o papel do gestor do sistema local é apontado como sendo de muita relevância para o processo institucionalização desses órgãos. De modo bem geral, os conselheiros e/ou os estudiosos relatam dificuldades de adaptação dos representantes do Executivo à perspectiva de democratização do processo decisório.

A consequência mais imediata, lógica e esperada disso é a tentativa dos Secretários de Saúde de controlar esse processo decisório dos respectivos Conselhos Municipais, por diversos meios, sendo um dos mais comuns a tentativa de se eternizarem na presidência destes. De acordo com Moreira e Escorel (2009), essa prática ocorre na maior parte dos municípios brasileiros com até 1 milhão de habitantes – na média, em 66% dos casos, em todas as faixas populacionais até esse limite.

A exceção, na verdade, é nos municípios entre um e dois milhões de habitantes, nos quais a maior parte (57 %) dos Conselhos tem como Presidente alguém do segmento dos usuários. Mesmo em municípios com mais de 2 milhões de habitantes isso não acontece, embora haja um pouco mais de equilíbrio em relação à média nacional – nesse segmento, em 40% deles o gestor é o presidente e em outros 40% o são os usuários.

A comparação desses dados com os das demais variáveis da dimensão denominada por esses autores “acesso” ou “inclusividade”, traz interessantes informações para a compreensão da democratização do processo decisório nas políticas de saúde, a partir da institucionalização dos Conselhos de Saúde. A variável “eleição Presidente” mostra que na maior parte dos municípios brasileiros – em todas as faixas de números de habitantes – há eleição para a Presidência dos Conselhos – a média nacional é de 70%, sendo 56% o menor percentual, verificado nos municípios de 500 mil a 1 milhão de habitantes e 86 % o maior, nos municípios com um a dois milhões de habitantes.

A mesma lógica verifica quanto à divulgação das reuniões, ao fato de as mesmas serem abertas e no que se refere ao direito de voz dos participantes nas reuniões. Em todas as faixas de municípios há uma maioria democrática nessas variáveis, com uma média nacional de 70%, 87% e 76%, respectivamente. Noutras palavras, poderíamos dizer que, se a maioria dos Presidentes dos Conselhos foi democraticamente eleita, isso significa que na maior parte dos casos os Gestores foram alçados à Presidência com o aval dos Conselheiros.

A questão é que tal conclusão não garante que necessariamente haja nessa realidade uma efetiva predominância dos interesses dos usuários no processo de formulação das políticas de saúde municipais. Ou seja, a dinâmica desse processo decisório depende da correlação de forças no interior dos Conselhos, mas, insistimos nesse argumento, essa correlação de forças não é expressa pela

paridade numérica de seus segmentos. Exploreemos o raciocínio e as colocações de Moreira e Escorel (op.cit), a fim de aprofundarmo-nos na argumentação, antes de voltarmos ao contexto do caso de Campos dos Goytacazes.

Em seu excelente trabalho, os autores explicam - a partir da conceituação de “ultra-presidencialismo”, cunhada por Abrúcio<sup>101</sup> (apud Moreira e Escorel, op.cit) – que, para manter essas práticas “ultrapresidencialistas”, os chefes do Executivo tendem a querer “dar a continuidade a um cenário político pré-existente” ou “a recorrer a práticas autoritárias, clientelistas e fisiológicas”, com o propósito de defender seus interesses, especialmente quando ameaçados por propostas de mudanças, “ainda que comedidas”, como dizem esses estudiosos.

No caso dos Conselhos, essa ameaça viria em grande parte do caráter deliberativo dos mesmos, característica que, concomitante ao quantitativo maior de representantes do segmento usuários, em função da paridade, poderia fazer prevalecer seus interesses ou vetar propostas do Executivo, sem depender dos demais segmentos representativos, de acordo com esses autores. Em que pese ser essa uma possibilidade teórica irrefutável, permitimo-nos relativizar sua real possibilidade de acontecer. E fazemos isso com base nas próprias premissas desses autores.

De acordo com os mesmos, essa potencial possibilidade de o governo e também os prestadores de serviços - como acrescentam os autores com muita propriedade – verem seus interesses contrariados faz com que esses segmentos considerem altos os custos de aceitação dos Conselhos Municipais de Saúde. Sendo, contudo, a implantação dos CMS uma condição necessária para o repasse das verbas do governo central aos demais entes federativos, não seria justamente essa configuração de obrigação e ameaça que levaria o Executivo a querer controlar o processo decisório nos Conselhos?

Ainda: não seria isso uma motivação a mais para que governo e prestadores costurem alianças eventualmente contrárias ao interesse da população, mesmo essa sendo numericamente mais representada? Dito de outro modo, num cenário real, a possibilidade de alianças entre governo e prestadores para fazer valer seus

---

101 “Abrúcio classifica como “ultrapresidencialismo” [...] [quando] o poder executivo[...] é o principal agente em todas as etapas do processo de governo, relegando a assembleia legislativa a um plano secundário[...] os mecanismos de controle do poder público [são] pouco efetivos, tornando o sistema político um presidencialismo sem checksand balances” (Moreira e Escorel, op cit:299).

interesses no Conselho, em detrimento daqueles dos usuários não seria pelo menos igual à possibilidade inversa, acima explicitada?

Para não cairmos no campo das especulações, voltemos à gênese dessa análise, ou seja, aos dados coletados por esse excelente levantamento: eles mostram que em quase todos os municípios brasileiros os gestores são os Presidentes dos Conselhos de Saúde; e também que na maioria deles há eleição para Presidentes. Segue daí algumas hipóteses: uma seria a de que a maioria dos representantes do segmento dos usuários, fazendo valer sua superioridade numérica, apoia e concorda que a melhor forma de viabilizar os interesses da população é ter o gestor acumulando os poderes, mesmo que como gestor da saúde local ele não disponibilize os recursos necessários para o funcionamento do Conselho que ele próprio preside.

Outra hipótese seria a possibilidade de os segmentos governo, prestadores e talvez o dos profissionais terem força suficiente para eleger o Presidente, mesmo eventualmente em menor número, necessitando nesse caso do apoio de pequena parte do segmento usuário, sem excluir aí o uso de práticas clientelistas, ou de cooptação por exemplo. A outra possibilidade seria lançar mão de práticas autoritárias para não permitir a alternância de poder, mediante cláusula no Estatuto do CMS, por exemplo, mas isso estaria mais no rol dos municípios que não elegendem os Presidentes dos seus Conselhos.

Campos dos Goytacazes é um desses casos. Pelo regimento do Conselho de Saúde desse município, o cargo de Presidente é vitalício do Secretário de Saúde, não havendo, portanto, eleição. Essa situação permanece até hoje da mesma maneira e, ao que parece, não há perspectiva de mudança desse quadro, tendo em vista a acomodação de interesses dos atores envolvidos, inclusive no âmbito do segmento usuário. Mais uma vez, recorreremos à entrevistada C, transcrevendo seu relato a fim de tornar fidedigna a explanação:

*“Até hoje o presidente do Conselho de saúde é o secretário de saúde, o secretário de saúde é o Presidente nato, ele tem uma cadeira cativa. Até o Conselho Nacional de Saúde já mudou essa lógica e já orienta os conselhos de Estados e Municípios a mudarem, ou seja, a alternância na presidência, que não seja só o secretário de saúde. Nós temos municípios aqui vizinhos que já tem a presidência como um lugar de eleição mesmo, ou seja, é disputado. Assim como uma mesa diretora, mas Campos ainda não mudou.(...)”*

*Vamos pensar essa questão nessa correlação de força no interior do Conselho. Não há nenhum interesse da secretaria de*



*saúde, institucionalmente, mudar esse formato, isso não há interesse, primeiramente pelo que nós colocamos aqui, a saída do secretário de saúde da presidência poderá significar fragilidade na imposição de alguns interesses que o governo tem, e que para isso enquanto Presidente do Conselho ele tem mais condições de garantir que esses interesses sejam alcançados. Isso, é claro, não é verbalizado, ele não fala, se você coloca isso numa reunião de um Conselho, e olha que esta sendo colocada nos últimos anos essa questão da mudança da lei.(...)*

*Então isso nunca incomodou por esta razão, as varias representações sociais estavam ocupando esse lugar, estavam no Conselho, o problema está em outro lugar, o problema está na cooptação, porque o que nós temos, nós temos um Conselho muito grande, um segmento de usuários muito subalterno, culturalmente, que ficam extremamente felizes quando são afagados pelo poder, então aí sim a qualidade numérica esta garantida, mas a qualidade na legitimidade, na representação ela tem comprometimento; também faz parte do jogo político, o jogo funciona dessa maneira, quem é que eu consigo cooptar para o meu projeto , para o meu interesse , o jogo vai ser esse , naquele espaço plural, de confronto, de conflito, de consenso, ora você vai estar apoiando um, ora você não vai estar, depende do que esta no centro, qual é a pauta, qual é o debate, qual é o assunto, qual é a questão. E aí, a gente descobre coisas extremamente obscuras, ou seja, acordos que não deveriam acontecer, que não são verbalizados, são velados, que a gente escuta através de rumores, que são aqueles acordos tipo, eu sou do segmento usuário, mas eu posso te oferecer tal benefício, apoio, em tal questão que você traga, e voto contigo, mas em um contra partida você vai ter que me apoiar em outra questão. Então, começam os interesses, particulares, personalistas, começam a aparecerem nessa cena política. Quem mais faz processos de cooptação é governo e prestador.”*

O entrevistado A, ligado aos prestadores de serviços, é enfático ao afirmar que o maior problema do Conselho de Saúde local é o domínio do processo decisório por parte do governo, inclusive utilizando-se de estratégias de cooptação. Dito de outro modo, esse importante ator na dinâmica de poder local considera que há um desequilíbrio de forças no CMS local, produzido pelo grande poder secretário municipal de saúde, inclusive pelo fato de o mesmo controlar a pauta desse Conselho.

Para ele, as pautas das reuniões são todas do interesse do governo, prioritariamente, e julga ser esse um grande problema. Por outro lado, sendo ligado a instituições de ensino, o entrevistado A defende a formação do CMS com o “quinto poder”, ou seja, com a representatividade dos formadores de recursos humanos, afirmando, ainda, que tal fato não interfere na correlação das forças no Conselho.

Dessa forma, o entrevistado A concorda com a entrevistada C sobre a importância do Conselho para a democratização das políticas de saúde e sobre a capacidade de cooptação do governo.

A entrevistada B, por sua vez, com a experiência de quem acompanhou diversos secretários de saúde nesse período, e com o conhecimento de quem transcreveu muitas das Atas das reuniões do Conselho, entende que a pauta é definida na maior parte do tempo pelo prestador. No diálogo com o autor desse trabalho, a mesma chega a mencionar que os usuários também teriam alguma influência nas pautas, mas logo refaz sua opinião<sup>102</sup>:

*Entrevistada: Agora, o que movimenta muito, muito o Conselho, são os prestadores de serviços com os usuários.*

*Autor: A força dos prestadores de serviço...*

*Entrevistada: Prestadores de serviço e usuários (Então...) são esses dois...*

*Autor: Eu estou insistindo nesse ponto porque...*

*Entrevistada: É o Prestador. Prestador de serviço!*

Em que pesem as naturais discordâncias entre os entrevistados acerca de que segmento tem mais força no controle de parte do processo decisório do CMS local, não existem dúvidas em relação a pelo menos três fatos objetivos: o primeiro é a falta de força do segmento usuários, apesar do maior número de representantes; o segundo, consequência do anterior, é a corroboração de nossa linha de argumentação: a disparidade de forças do CMS, para além da paridade numérica em desfavor dos interesses dos usuários; e finalmente, os ganhos obtidos com a manutenção das alianças e dos acordos (inclusive envolvendo segmento dos usuários) levam ao desinteresse de todos, em mudar o *status quo*.

Um outro exemplo ilustra essas afirmações. De acordo com Moreira e Escorel (op. cit), em 78% dos municípios brasileiro na faixa populacional entre 500 mil e 1 milhão de habitantes, há eleição para a mesa direta dos respectivos CMS. Campos dos Goytacazes não está dentre essa maioria, e assim permanece até hoje. Vejamos a razão pela qual isso acontece, pelas palavras da entrevistada C:

---

<sup>102</sup>Apesar dessa opinião, em relação à formatação peculiar do CMS, essa entrevistada concorda com o entrevistado A, afirmando que tal não intervém na correlação de forças dentro do CMS.

*“(O Conselho) tem muitos gargalos, muitas dificuldades, por exemplo, ele não conseguiu resolver essa questão do presidente, ele não conseguiu ainda ter uma mesa diretora, nós estamos sem uma mesa diretora há anos, é uma coisa absurda, nós temos uma comissão temporária, provisória para constituição da mesa diretora do Conselho. Essa comissão deve estar lá uns dez anos existindo, e recentemente houve um movimento para eleição dessa mesma comissão. E aí o que aconteceu: outro segmento que vinha também, ou seja, teve uma chapa que achava que ela já era vitoriosa, não sabia que haveria outra chapa. Essa outra chapa veio e ganhou, e deixou a turma completamente... aquela galera que já estava viciada no Conselho, que está lá eternizada no Conselho e que não sai dali, é uma coisa muito estranha, tem representações ali muito complicadas, essa turma, essas representações ficaram em desespero, tanto que conseguiram anular o processo de eleição. Eles encontraram um dado, um elemento que foi o mais, eu diria o mais simplório, absurdo, que não poderia ter acontecido. Uma representação se intitulou erradamente, ou seja, entrou na chapa como se fosse profissional de saúde, e não é profissional é usuário, então você teve um desnivelamento nessa composição, porque até aí também tem que ter paridade. (...) e eu lembrei tanto isso, que tinha que haver cuidado com a paridade, pois é a primeira coisa, e se encontrado esse vício, aí acabou. A secretaria acabou impugnando e não deu ganho também à que perdeu (...) a ideia era dar ganho à outra chapa, mas ia ficar muito explícito. Então houve uma impugnação do processo para uma nova chamada, que até hoje não aconteceu. Não há interesse de uma nova chamada, não há interesse em mudar esse formato, essa correlação de forças que existe lá dentro, não há interesse.”*

O relato mostra a força das alianças dentro do Conselho local, especialmente quando se trata de manter o controle do processo decisório. Isso vale desde o “simples” controle das pautas das reuniões até impedir a implantação da mesa diretora<sup>103</sup>. Definitivamente, não se pode atribuir ao Conselho de Saúde de Campos dos Goytacazes a característica de democrático, em que pese sua gênese ter sido influenciada por movimentos populares locais, com fortes raízes no movimento mais amplo da Reforma Sanitária Brasileira, nos anos 70.

Por outro lado, o caso do CMS de Campos dos Goytacazes corrobora as premissas de que, por um lado, a correlação de forças no interior dos Conselhos não corresponde ao resultado buscado pela exigência legal da paridade, e por outro, que não é por acaso que na maioria absoluta dos municípios brasileiros os gestores buscam se manter como Presidentes dos Conselhos de saúde locais. Isso ocorre mesmo dentre os municípios em que há eleição para o cargo e, nesse sentido, parece bem possível que acordos clientelistas e/ou processos de cooptação se

<sup>103</sup>Mas na eleição de uma mesa diretora não é um evento isolado das demais dinâmicas internas do CMS, pelo contrário, está diretamente ligada aos fatos há pouco elencados.

reproduzam de maneira mais geral, seja para garantir a (re)eleição, seja para impedir que ela ocorra.

Há de se ressaltar que as alianças com parte do segmento usuários não são necessariamente suficientes para garantir ao gestor o alcance desse objetivo, levando à hipótese de que alianças com o segmento dos prestadores de serviços não seja algo improvável, mas, ao contrário, bastante lógico e possível. Particularmente em Campos dos Goytacazes, tendo em vista que esse segmento é composto apenas por prestadores de serviços privados, com ou sem fins lucrativos, que controlam quase a totalidade dos leitos eletivos, essa hipótese se confirma<sup>104</sup>.

A passividade, voluntária ou não, do segmento dos usuários é algo que não pode passar por despercebido, ou mesmo ser considerado com menor peso em relação ao *modus operandi* dos prestadores privados e do governo. Dito de outro modo, os representantes do segmento dos usuários não podem ser considerados como meras vítimas dos representantes desses outros segmentos, pois é seu papel problematizar, fiscalizar, verbalizar as insatisfações ou incoerências, ainda que não tenham força para mudar a realidade. E isso não acontece apenas por falta de capacitação.

O diálogo do autor com da entrevistada C acerca do contexto interno do Conselho local é elucidador nesse sentido, e vem a corroborar com abordagem acima:

*Entrevistada: “(...) Então há na verdade um acordão que nunca trouxe conflito, muito pelo contrário, por quê? Eu vejo que não houve conflito porque todos se sentem contemplados.”*

*Autor: “Não seria natural que houvesse conflitos (no Conselho)?”*

*Entrevistada: “Seria natural, mas o olhar não é esse, o olhar não é trazer nem a lei, nem a orientação, nem a legislação, tal como é. O olhar é: Estamos todos contemplados? O bolo foi dividido entre todo mundo? Nós podemos então participar? Então tá ótimo. Então vamos lá, não há nenhum tipo de dificuldade, agora, eu diria o que isso traz como complicador para a nossa estrutura: o nosso Conselho de saúde*

---

<sup>104</sup>Se retomarmos à mente o que foi descrito no Capítulo anterior, tudo faz sentido e toda a trajetória se conecta, desde a gênese da municipalização do sistema de saúde local, a qual inclui a criação atípica do Conselho de Saúde local. Não fosse isso o bastante, a Ata da reunião do Conselho que precede ao Termo de Ajustamento de Conduta, assinado com a anuência do poder público em 2003 (Anexo 7), sustenta e corrobora essa afirmação porque, mesmo se considerássemos aquela reunião como um fato isolado, os acordos ali alinhavados e posteriormente sacramentados foram suficientes para influenciar toda a formatação do ambiente político-institucional local, levando aos resultados que estão sendo mostrados nesse trabalho. Ademais, aqueles acordos poderiam não ter existido, pelo menos naquele formato, caso o município se habilitasse à gestão plena do seu sistema de saúde. Ou seja, foram escolhas políticas, as quais, tendo sido racionais, almejavam obter ou preservar ganhos, inclusive para os gestores.

*é um Conselho muito pouco problematizador, muito pouco questionador.”*

Queremos enfatizar que o Conselho de Saúde de Campos dos Goytacazes parece não ser sequer um espaço de vocalização das demandas dos usuários, quiçá uma arena de debate político e confronto de ideias e interesses. Antes, parece ser um lugar de negociação de acordos - pouco republicanos, diríamos -, o que representaria a antítese de sua finalidade. Não há como afirmar que esse seja um caso extremo em relação aos demais municípios brasileiros, nem é esse o propósito; por outro lado, não há dúvidas quanto à similaridade desses acordos como aqueles arranjos alocativos que viriam a ser feitos posteriormente na época dos royalties.

Noutras palavras, embora esse trabalho delimite a análise da configuração do ambiente político-institucional aos anos de 1999 a 2009, fica cada vez mais consistente a hipótese de que essa configuração tenha sido bastante influenciada pela dependência de trajetória das escolhas feitas desde a gênese da municipalização do sistema de saúde local, potencializada pelo aumento geométrico do financiamento público nesse período.

Entramos na última dimensão do esquema de análise dos Conselhos de Saúde no Brasil, proposto por Gaedtke & Grisotti (op.cit), a qual aborda a relação dos Conselhos Municipais de Saúde com outros órgãos de controle e fiscalização. Nela, as autoras fizeram uma subdivisão simbólica entre i) os Conselhos gestores de outras áreas e ii) o Ministério Público e os demais órgãos. A argumentação das mesmas passa pela constatação de que há poucos trabalhos na literatura a esse respeito, apesar da grande importância dessa temática, inclusive para o caso em tela.

Consideram as mesmas que a articulação e a interação dos Conselhos, em todas as instâncias, seria uma forma de fortalecer e legitimar os Conselhos na esfera política, tanto no sentido do cumprimento de suas prerrogativas – principalmente a fiscalização - quanto no que se refere à formulação de políticas públicas mais integradas. Numa mesma direção, o Ministério Público poderia ter maior participação na trajetória de amadurecimento institucional dos Conselhos, acompanhando eventuais denúncias ou outros vícios legais.

Obviamente não se trata, nesse último caso, de estabelecer algum tipo de controle externo sobre o Conselho, o que seria absurdo, mas de dar suporte ao cumprimento legal e à guarda do interesse público, como parte do processo

democrático. Essa ressalva se faz relevante em razão, mais uma vez, das circunstâncias estabelecidas no Conselho de Saúde local, especificamente a existência, até hoje, do “quinto poder”. Uma primeira questão, por exemplo, tem a ver com a relação deste “quinto poder” com o Conselho Estadual de Saúde.

Explica-se: a imposição legal da paridade numérica dos conselheiros, estabelecida pela Lei 8142/90 e a divisão dos segmentos normatizada pela Resolução 33/92 abrange os respectivos Conselhos de Saúde de todas as instâncias federativas, ou seja, dos Municípios, dos Estados e Distrito Federal e da União. No que se refere à paridade numérica não há problema, visto que o Conselho local atende a essa exigência. A questão trazida pelo autor à entrevistada C foi sobre a posição dos Conselhos Estadual e Nacional de Saúde e do Ministério Público em relação a essa formação peculiar, à revelia da lei.

Em relação a esses Conselhos, em particular, havia ainda a curiosidade de saber como se dava a representatividade do Conselho local no Conselho Estadual, especialmente em relação aos formadores de Recursos Humanos e aos prestadores públicos, localmente separados dos prestadores privados. Mais uma vez os acordos atípicos e os arranjos de poder vem à tona. A explicação dada pela entrevistada C remete a uma solução que diz muito sobre o *modus operandi* dos atores locais.

Quando da eleição dos delegados para representar o município no Conselho Estadual de Saúde, por exemplo, o formato local é abandonado, adotando-se o formato legal. Ou seja, o segmento dos formadores de recursos humanos deixa de existir, ficando seus representantes como parte dos profissionais de saúde; e os prestadores públicos voltam a ocupar o mesmo segmento dos prestadores privados. Essa é a razão pela qual os Conselhos Estadual e Nacional nunca questionaram a formatação do Conselho local.

*“Porque será que o Conselho Estadual nunca questionou e o Conselho Nacional nunca questionou? É porque na divisão de representação de delegados para o debate nas conferências estaduais, nunca ia no formato da nossa divisão, sempre ia no formato da divisão que eu diria que é a divisão oficial. (...) Aí é certinho, 50% e os outros 50% era dividido entre gestor e prestador e profissionais. Onde que o formador entra? O formador entra ali juntinho com o profissional ele divide com o profissional. Então há um comum acordo, está selado, já está compreendido, então na hora de se construir os outros 50% de delegados pra conferência estadual, quem são esses outros? Dois segmentos ficam no poder de governo e prestador e os dois ficam naquele que é do profissional pra seguir exatamente como*

*pedem. Aí você tem no profissional o formador, que não deixa de ser profissional.”*

Já em relação ao Ministério Público, a entrevistada relata que chegou a haver denúncia relacionada ao cargo vitalício do Secretário de Saúde como Presidente do Conselho, mas nunca teria havido qualquer provocação àquela instituição acerca do chamado “quinto poder”. Dessa forma, o Ministério Público nunca pode se envolver mais de perto com essas duas questões, no Conselho local. No caso do secretário de saúde como Presidente, a solução para implantar a eleição para o cargo deve ser dada pelos próprios Conselheiros, através da mudança do Estatuto; e no segundo caso, do “quinto poder”, para a ação do Ministério Público necessitaria ter havido uma denúncia, tal como no caso do cargo vitalício, mas isso nunca aconteceu.

O que há em comum entre os dois casos é a passividade ou a anuência dos Conselheiros em relação às situações. De acordo com a entrevistada C, a maior parte os Conselheiros não se sente incomodada com a composição do Conselho, nem com o cargo vitalício do Secretário de Saúde. O resultado é um Conselho pouco problematizador, como disse a mesma. A questão é que isso não ocorre apenas nem prioritariamente pela falta de capacitação dos conselheiros, mas em grande parte pelo uso estratégias de cooptação.

É bem verdade que essa realidade não é exclusiva do município em tela. Como mostra a literatura sobre essa temática, assim como dados de amplas e diversas pesquisas, o risco de “prefeiturização” é um fato inquestionável na maior parte dos municípios brasileiros, e de todos os portes, aliás, embora mais frequente naqueles menores. Não é por acaso que na maioria absoluta deles o gestor da saúde no município busca controlar o processo decisório da formulação de políticas local, acumulando o cargo de Presidentes dos respectivos Conselhos, conforme mencionado alhures.

Não obstante, há de se reiterar novamente, por um lado, a incomum formatação do Conselho de saúde local e o que ela representa em termos de disparidade de forças, para além da paridade numérica; e por outro, a natureza dos acordos celebrados entre os Conselheiros de todos os segmentos, no âmbito do Conselho local. Chama a atenção, em especial, a forma explícita como ocorrem, com destaque para o já referido TAC de 2003.

Sintetizando essa primeira seção, podemos dizer que os arranjos alocativos que foram descritos no capítulo anterior – os quais são parte importante da

formatação do ambiente político-institucional local no campo da saúde no período estudado – tem sua gênese pelo menos desde a implementação do Conselho de Saúde local. Ou seja, o formato dos mesmos precede à era do crescimento geométrico dos royalties.

Seguem daí duas reflexões conclusivas, com as quais fechamos essa seção desse capítulo: a primeira, de âmbito local, é que os royalties vieram a fortalecer não só uma trajetória de força do segmento privado, característica do sistema de saúde brasileiro, como também consolidou um “*modus operandi sui generis*”, com acordos explícitos formalizados no âmbito de instituições juridicamente constituídas, embora com questionável observância das normativas legais.

Sendo ainda mais específico em relação ao Conselho Municipal de Saúde local, é seguro afirmar, no mínimo, que seu papel de fiscalização e de controle das ações do poder público, assim como de acompanhamento das políticas de saúde locais simplesmente não existe. No limite, considerando seu importantíssimo papel, definido constitucionalmente na perspectiva do controle social como contraponto à estratégia da descentralização, não seria absurdo considerar que o Conselho local tenha contribuído, ainda que com sua “passividade”, para o desenho dos arranjos alocativos dos amplos recursos aplicados na saúde local, entre 1999 e 2009, conforme mostrado no capítulo anterior.

A segunda reflexão é de âmbito mais geral, embora numa mesma direção. É consenso entre estudiosos o enorme avanço que representou a institucionalização dos Conselhos em nosso país, no período histórico recente. Não há qualquer dúvida quanto à importância dessas instâncias representativas para a consolidação do processo democrático brasileiro, nem tampouco acerca da continuidade do amadurecimento das suas relações internas, em que pese a natural resistência dos gestores “ultra-presidencialistas”.

Entretanto, não podemos desconsiderar os relevantes efeitos, no âmbito dos Conselhos, das práticas autoritárias, clientelistas e patrimonialistas ainda presentes em nossa cultura política em nossa sociedade, sobretudo quando é imperativo reconhecer o pouco de amadurecimento institucional dos Conselhos de saúde, consequência natural de um processo lento de transformação de uma sociedade ainda marcada por esses traços de autoritarismo e hierarquia, não raro manifestados, nos dias atuais, como eventual solução para graves crises políticas e sociais.



Queremos aqui voltar às páginas iniciais desse trabalho, nas quais expusemos aquilo que consideramos representar a relevância do mesmo e que também, de certo modo, sintetiza as inquietações que convivem com esse autor desde sempre, sobretudo por acompanhar há muito o caso local. Dissemos alhures que Campos dos Goytacazes é o tipo-ideal do modelo teórico proposto para o SUS: volume expressivo de financiamento público com alto grau de descentralização das políticas de saúde.

A questão colocada era como esse modelo funciona na prática, em um ambiente local no qual ainda predominam as relações clientelistas e patrimonialistas, e ainda com forte influência da dependência de trajetória de força dos prestadores de serviços privados. Obviamente a análise de tal possibilidade passava necessariamente pela maior ou menor força e legitimidade do Conselho de Saúde local, institucionalização do controle social, prerrogativa constitucional – o que foi feito nessa seção. A análise parte da boa literatura disponível sobre esse assunto, pré-requisito para a contextualização do caso do Conselho de Saúde local, permitiu aferir a generalidade da maior parte das dificuldades ou empecilhos verificados em Campos dos Goytacazes, as quais, embora eventualmente manifestadas de diferente forma, são muito semelhantes em substância.

Nesse sentido, é legítimo questionar se os Conselhos de Saúde, em todas as suas instâncias federativas, mas especificamente no âmbito municipal, são sozinhos instrumentos eficazes o suficientes para dar suporte e equilíbrio institucional a um processo de descentralização tão autônomo no nível local, como preconiza o Sistema Único de Saúde brasileiro. Fazendo nossas as palavras de Gaedtke & Grisotti (op.cit:132/133):

*“Ao menos neste ponto, é possível associar praticamente todos os autores citados: há uma confirmação de que a efetividade do CMS só se dará quando a população do município estiver ciente (e atuante) de sua existência, função e necessidade. Uma sociedade organizada e mobilizada poderá transformar um espaço meramente formal em palco de formação cidadã, negociações e deliberações importantes para a política de saúde do município.(...) Focar a análise a partir dos limites dos CMS não desmerece o SUS, mas certamente aponta novos caminhos a serem percorridos”.*

### 3.2 – O poder dos “Prefeitos médicos” e sua influência na trajetória do SUS local na era dos royalties do petróleo

No início desse capítulo, falamos de dois fatores os quais poderiam se contrapor à dependência de trajetória de força do setor privado no sistema de saúde brasileiro, interferindo positivamente na lógica alocativa dos recursos e, conseqüentemente, na conformação do ambiente político-institucional da saúde local, no período delineado nesse estudo. Um desses fatores era o grau de institucionalidade e força do Conselho Municipal de Saúde, objeto da seção anterior. O outro fator diz respeito ao papel do Executivo municipal nessa trajetória, especificamente dos secretários municipais de saúde e dos Prefeitos. É o que será abordado nessa seção, junto com os resultados alcançados nesse trabalho.

Algumas premissas justificam a abordagem do Executivo nesse contexto da investigação. Como até aqui tem sido feito, buscamos elencar aqueles aspectos mais gerais, correlacionando-os com aqueles locais. Do ponto de vista mais geral, a importância do Executivo no processo de implementação e institucionalização do SUS foi enfatizada na seção anterior, no âmbito da análise dos Conselhos Municipais de Saúde. Primeiro, em razão dos mesmos acumularem os cargos de gestores municipais da saúde e de Presidentes dos Conselhos, com o objetivo de manter sob seu controle a agenda de uma instituição com poder deliberativo e, em tese, independente.

Segundo, porque os secretários de saúde são os únicos membros que participam de todas as etapas do processo decisório, tanto da alocação de recursos quanto da definição e da implementação das políticas de saúde. Isso por si só já colocaria o Executivo como um importante ator com indiscutível protagonismo – fato que dá ainda mais importância e relevância aos Conselhos, nos quais os usuários deveriam ser, por sua vez, os maiores protagonistas, equilibrando o jogo de poder.

No caso local, alguns outros elementos podem ser acrescentados a esses de alcance geral. Um deles, na verdade, ainda é de ampla abrangência, embora com a especificidade local: em última análise, a decisão de aderir ou não às políticas de saúde propostas e/ou incentivadas pelo poder central é prerrogativa do gestor municipal de saúde. Ou seja, dadas as condições de cada município, é decisão do

gestor aderir (ou não) a determinado modelo de gestão de políticas de saúde proposto pelo governo central, com seus respectivos ônus e bônus.

No exemplo de Campos dos Goytacazes, município pólo que tinha todas as condições estruturais e de serviços para ter a Gestão Plena dos serviços de saúde e optou por permanecer na Gestão da Atenção Básica Ampliada, não há como não atribuir aos gestores da saúde local a responsabilidade por tal decisão. As razões pelas quais isso aconteceu é a questão central que norteia esse trabalho, no qual adotamos como linha de argumentação a existência de um jogo de soma positiva, que tem se mostrado cada vez mais procedente. O papel dos gestores, nesse sentido, abordaremos doravante.

O outro elemento já foi mencionado nos capítulos precedentes, mas o retomamos aqui para que possamos contextualizar a posição dos gestores em relação à decisão quanto ao modelo de gestão: é o enorme poder econômico que os Prefeitos dos municípios da região Norte Fluminense passaram a ter, a partir de 1997, com a promulgação da “Lei do Petróleo”.

Nos municípios “novos ricos”, expressão usada por Serra e Terra (2003) para definir os entes federativos que passaram a receber royalties oriundos da exploração do petróleo, os Chefes do Executivo passaram administrar um montante de recursos vultoso e geometricamente crescente, conforme relatado no Capítulo 1. Também por isso, o poder político desses Prefeitos se amplificou igualmente em proporção geométrica, sustentado pelo grande poder alocativo desses recursos, o qual se somou ao referido poder econômico.

Ou seja, num incomum cenário, no qual municípios se tornaram ricos, e as decisões alocativas dessa riqueza foram concentradas em um único agente, com quase total autonomia de utilização desses recursos, é impossível não considerar a força do Chefe do Executivo em qualquer contexto que se queira analisar. Imagine, então, se considerarmos que toda essa riqueza é gerada por uma única fonte produtiva, ou seja, que não haja diversificação produtiva, o que, dito de outro modo, toda a economia local dependa desses recursos e também da forma, de como, de quando e de onde eles serão utilizados.

Ora, é exatamente a soma desses dois elementos – a decisão de escolher o modelo de gestão do sistema de saúde municipal, somado ao enorme poder econômico, político e alocativo - que traz ainda mais relevância à referida questão central desse estudo. Poderíamos simplesmente concluir que tenha sido uma opção

por seguir à risca o preceito descentralizador, possibilitado pela autonomia fiscal, pilar constitucional do SUS. Sendo assim, traremos ainda nessa seção dos efeitos dessa opção para o sistema de saúde local, através da comparação entre as trajetórias do sistema de saúde local em relação ao estado do Rio de Janeiro e ao Brasil.

Contudo, tendo em vista que tal opção não impediria necessariamente uma eventual habilitação à gestão plena do sistema municipal, através da qual o município poderia ter maior controle sobre os prestadores de serviços, retomemos a análise da formatação do ambiente político-institucional a fim de consolidar o papel dos gestores nessa escolha. É possível que o leitor tenha sentido falta de ainda não termos mencionado as composições políticas locais no período estudado. Isso se deu sobretudo porque, em todo o período, o município foi governado por um mesmo grupo político, ainda que o mesmo tenha se dividido e se tornado opositores ao longo do tempo. Não significa, contudo, que isso não tenha importância para esse trabalho. Falemos brevemente desse contexto político na era dos royalties, a fim de trazer à tona elementos e fatos importantes para nossa análise.

Embora o período de análise definido para esse estudo seja do ano de 1999 ao ano de 2009, para contextualizar tudo o que se passou nesse tempo, retroagimos à gênese da municipalização do sistema de saúde de Campos dos Goytacazes, 10 anos antes - ao ano de 1989, portanto. Isso já foi importante tanto para entendermos os primeiros movimentos políticos e normativos tanto da formação do Conselho Municipal de Saúde quanto da administração indireta as saúde, ambos fundamentais para a compreensão da conformação do ambiente político-institucional da saúde local.

Para se ter uma ideia da mencionada continuidade política, em 1989 o Prefeito era Anthony Garotinho, eleito um ano antes. No ano de 2009, a Prefeita era Rosinha Garotinho, também eleita no ano anterior. O meio desse intervalo é bastante interessante, por assim dizer, especialmente o período delineado para o estudo, por ser chamado localmente de “a era dos Prefeitos médicos”. Por mais curioso que possa parecer, essa continuidade talvez seja mais relevante para análise em tela, do que propriamente a matriz partidária dos Chefes do Executivo e suas equipes, aí incluídos os gestores da saúde local.

Isso porque essa curiosidade pode ser vista como uma simples coincidência ou como um efeito direto do poder dos secretários de saúde da época, os quais

vieram a ser tornar continuamente Prefeitos. Diante de tantos fatos correlacionados até aqui expostos, assumimos que não tratamos isso como uma simples coincidência. Entretanto, deixamos a possibilidade em aberto tendo em vista que nossa análise a esse respeito não é conclusiva – obviamente essa é uma boa temática para um estudo mais aprofundado, o que não é o caso nesse momento.

Para dar ao leitor um panorama desse período, o Quadro 3, na página seguinte, mostra os Prefeitos e seus respectivos secretários de saúde no período da municipalização, em 1989, até o ano de 2017, sendo bastante útil para visualizar a explanação que a ela se segue.

Pelo menos dois fatos importantes podem ser destacados no quadro acima. Um é o período político conturbado pelo qual o município passou, entre os anos de 2004 e 2008, no qual Campos dos Goytacazes teve vários Prefeitos, inclusive mais de um no mesmo dia. Esse contexto teve influência direta na política de saúde local, culminando com a suspensão do PSF (Programa Saúde da Família) em 2007, com base em um processo movido pelo Ministério Público Federal.

O outro fato passível de destaque é o protagonismo dos Prefeitos Arnaldo Vianna e Alexandre Mocaiber, ambos ex-secretários de saúde do município. A menção de imediato a esses dois nomes tem um propósito específico. Antes de tudo, mais uma vez queremos deixar claro que não há nisso qualquer intenção de atribuir maior ou menor culpa a esse ou a aquele ator, incluindo os do cenário político. Reiteramos, a lógica que buscamos é o entendimento do jogo de soma positiva que se configurou no período estudado, o qual norteou tanto a decisão de permanecer habilitado apenas na gestão plena da atenção básica do sistema de saúde municipal, ao longo da vigência das NOBs, como a de efetivar o Termo de Compromisso de Gestão, em 2009.

A mesma coisa, dita sob outra perspectiva: por exemplo, o secretário de saúde da primeira gestão Rosinha Garotinho foi quem efetivamente começou a implementação do Termo de Compromisso de Gestão, cujo Termo de Intenção foi assinado em 2008. Isso não significa que ele tenha sido isoladamente o responsável por esse acontecimento, embora seja fato que tenha aproveitado as circunstâncias de mudança desse jogo de soma positiva, conforme falaremos adiante, para implantar a mudança do modelo de gestão, assumindo os bônus e os ônus derivados dessa decisão.

Quadro 3 - Eventos marcantes na área da saúde por período de gestão municipal - Campos dos Goytacazes - RJ - 1989 a 2017

Período	Prefeito	Vice	Secretário	Eventos marcantes na Saúde
1989-1992	Garotinho		Alcione Athaide (médica)	<b>1989</b> - Criação da administração indireta <b>1990</b> - Adesão ao processo de municipalização (descentralização); - Primeira alteração estatutária da FJBM <b>1991</b> - I Conferência Municipal de Saúde; - Criação do Conselho Municipal <b>1992</b> - Criação do Fundo Municipal de Saúde
1993-1996	Sérgio Mendes			<b>1995</b> - Primeira denúncia sobre a cobrança da “consulta social” no CMS <b>1996</b> - Pauta da reunião do CMS sobre a legalidade da cobrança da “consulta social”
1997-1998	Garotinho	Arnaldo Viana (médico)		<b>1997</b> - Lei Federal nº 9.478/97 Conhecida como Lei do Petróleo
1998-2000	Arnaldo Viana (médico)	Presidente da Câmara de Vereadores		<b>1999</b> - Lei municipal 5899/99 permite uso de royalties no financiamento da saúde
2001-2004	Arnaldo Viana (médico)	Geraldo Pudim	Alexandre Mocaiber (médico)	<b>2002</b> - Aprovação da emenda dos convênios com os hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos; - Criação do HGG(Hospital Municipal); <b>2003</b> - TAC contemplando os prestadores privados em detrimento dos públicos; - Implantação dos convênios; - Fragmentação da administração indireta (criação da FGSV) <b>2004</b> - Renovação dos convênios; - Início do repasse dos recursos da administração indireta diretamente às Fundações
2005-2005	Carlos Alberto Campista	Toninho Viana		<b>2005</b> - Promessa de acabar com a “consulta social”
2005-2006	Alexandre Mocaiber (médico)	Presidente da Câmara de Vereadores	Wilson Cabral (médico)	<b>2005</b> - Renovação dos convênios <b>2006</b> - Renovação dos convênios
2006-2008	Alexandre Mocaiber (médico)	Roberto Henriques	Diversos (médicos)	<b>2007</b> - Suspensão do PSF/PACS; - Renovação dos convênios com filantrópicos, tendo como justificativa a existência da “consulta social”
2008-2008	Roberto Henriques	Presidente da Câmara de Vereadores	Rodrigo Quitete (médico)	<b>2008</b> - Renovação dos convênios; - Assinatura do Termo de Intenção de aderir ao Pacto pela Saúde; - Regularização das pendências do município com o Ministério da Saúde
2009-2012	Rosinha Garotinho	Dr. Chicão (médico)	Paulo Hirano (médico)	<b>2009</b> -Adesão ao Termo de Compromisso de Gestão <b>2010</b> -Começo da implantação dos núcleos de regulação interna nos hospitais públicos e credenciados do SUS <b>2011</b> -Unificação das duas Fundações da administração indireta com a criação da Fundação Municipal de Saúde
2013-2017	Rosinha Garotinho	Dr. Chicão (médico)	Dr. Chicão (médico)	<b>2013</b> - A administração direta e a indireta formalmente geridas pelo <b>2017</b> secretário municipal de saúde

Fonte: Elaboração própria

Do mesmo modo, os respectivos Prefeitos citados aproveitaram o período de bonança – e que bonança! – dos royalties, e chegaram a ter três secretários de saúde concomitantes. No entanto, quem inaugurou a administração indireta e fez as primeiras alterações estatutárias da Fundação que a representava, subordinando seu Presidente ao Chefe do Executivo e tirando o poder do secretário de saúde sobre a administração indireta foi o então Prefeito Antony Garotinho.

Ou seja, se por um lado Arnaldo Vianna e Alexandre Mocaiber fortaleceram posteriormente a administração indireta como uma das suas principais estratégias de gestão, por outro Anthony Garotinho pode ser considerado o “pai” da fragmentação do sistema de saúde local, a qual se mantém até hoje, com os seus efeitos perversos. Ainda, Arnaldo Vianna foi quem assinou a importante Lei 6899/99, a qual permitiu a aplicação de dinheiro dos royalties na saúde, quando assumiu a Prefeitura a partir do afastamento desse último para a campanha para Governador do Estado do Rio de Janeiro em 1998, com o apoio de Leonel Brizola, cargo para o qual foi eleito.

Além disso, a maior parte dos acordos do período estudado foi feita por Alexandre Mocaiber, seja como secretário de saúde, seja como Prefeito – inclusive o diversas vezes mencionado (porque importante) TAC de 2003, o qual só foi possível em razão da lei há pouco referida. Como desconsiderar que o que foi sacramentado nesse TAC foi discutido abertamente dias antes, na reunião do Conselho Municipal de Saúde, e devidamente registrado em Ata, assinada pelo próprio Dr. Mocaiber, então secretário de saúde? E que, como já foi dito, a opção pela assinatura desse Termo poderia ser substituído pela decisão de habilitar o município na então gestão plena do sistema municipal, atendendo às demandas dos prestadores de serviços sob outro formato legal e institucional.

Nesse caso, por exemplo, as configurações de poder dentro do Conselho são tão importantes quanto os atores, e esses mais do que os personagens. Dito de outro modo, dada essa configuração e a força do secretário de saúde nesse formato, tudo isso em um contexto de abundância de royalties, qualquer que fosse o secretário de saúde teria tido o mesmo poder para alinhar esses acordos e fazer aquelas opções – e esse é o interesse desse trabalho. Obviamente que é esse contexto que explica em grande parte o fato de o município ter tido prefeitos médicos por tantos anos. E a razão de o vice-prefeito nas duas gestões de Rosinha

Garotinho também ter sido um médico, o qual acumulou o cargo de secretário de saúde e de presidente da Fundação Municipal de Saúde (administração indireta)<sup>105</sup>.

Isso não significa dizer, entretanto, que os personagens não sejam importantes, mas, em nossa abordagem, eles são atores com objetivos claramente definidos e que, com posição privilegiada no processo decisório, usam esse poder para viabilizar seus interesses. Nesse sentido, qual a importância, então, do fato de serem Prefeitos médicos? Aquilo que dissemos outrora: enfatizar o empoderamento do Executivo local na área dos royalties, aí incluído o poder político dos secretários de saúde locais. A questão que se coloca é como esse empoderamento influenciou na conformação do ambiente político-institucional da saúde e, por consequência, na trajetória do sistema de saúde local.

O poder do gestor da saúde local, especialmente no período dos royalties, é um fato indiscutível. Temos estudado a dinâmica da estruturação do sistema de saúde local, tendo por base, especificamente a questão da descentralização (através da opção pelo poder de veto a parte das políticas do SUS no período estudado) e a do aumento do financiamento público. Essa última particularidade trouxe uma janela de oportunidade ímpar ao município, quiçá única no Brasil, que foi o poder quase monopsônico do poder público, em relação aos serviços de saúde.

Explica-se mais claramente: no Capítulo 1 foi mencionado que uma das principais razões para a preservação dos princípios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção nos sistemas de saúde europeus é o poder monopsônico do Estado, ou seja, sua força como principal – ou quase único – comprador de serviços de saúde. Foi mostrado que essa prerrogativa impunha a reações dos vendedores de serviços, especialmente da categoria médica pelo temor de perda de controle da sua autonomia financeira e profissional. Tão importante é essa premissa que, mesmo submetidos às pressões liberais, com as Reformas Sanitárias nos anos 80, a base solidária de financiamento foi mantida; ou seja, o Estado permaneceu forte, graças ao seu alto poder alocativo, mesmo com o aumento do privado na prestação de serviços.

Queremos dizer, de novo, que, em Campos dos Goytacazes, o poder do comprador de serviços aumentou exponencialmente nesse período dos royalties, o que significa que o Executivo detinha todas as condições de alterar a lógica até

---

<sup>105</sup> O Dr. Chicão concorreu como candidato da situação nas eleições de 2016, tendo perdido o pleito em primeiro turno. Essa derrota interrompeu a continuidade de um período de 20 anos no qual houve um médico como Prefeito ou como Vice-Prefeito no município.



então vigente, no que se refere, por exemplo, ao poder dos prestadores privados, oriundo em grande parte em razão do controle de quase a totalidade dos leitos eletivos no município.

Ou seja, a concentração de poder econômico e político dos Prefeitos do período poderia ter sido traduzida na ampliação do poder de regulação do poder público sobre seu sistema de saúde, impondo condições favoráveis ao alcance dos propósitos do SUS, mesmo com toda a força do setor privado. E havia alternativas e estratégias diversas, e para todos os vieses ideológicos, ou seja, desde aumentar a oferta de serviços de propriedade pública, como se tentou fazer com o Hospital Geral de Guarus, como implementar mecanismos que estimulassem a competição entre os prestadores de serviços privados – ou ambas as estratégias, conjuntamente.

Parece bastante claro que isso não aconteceu - e o que queremos mostrar nessa etapa do trabalho é que o gestor local é, pelo menos, co-responsável por isso. E é com base nessas mesmas evidências – e nos fatos todos já relatados até aqui – que trazemos os relatos dos entrevistados acerca do papel desses gestores – Prefeitos e secretários de saúde, entre 1999 a 2009. Na verdade, esse tópico será abordado, implícita ou explicitamente, no âmbito das respostas dos entrevistados acerca das motivações por manter o município habilitado apenas na gestão plena da atenção básica do sistema de saúde municipal.

Relembramos aqui as perguntas feitas de forma comum a todos os entrevistados, contidas na metodologia do trabalho, a fim de contextualizar os relatos que se seguem. As questões colocadas foram: i) Na sua visão, por quais razões o município optou por não habilitar-se na gestão plena do seu sistema de saúde, no âmbito da vigência das NOBs, abrindo mão de receber diretamente todos os repasses do Ministério da Saúde e de controlar todos os seus prestadores de saúde, inclusive os hospitais privados?; ii) Qual foi o papel e o peso do poder público (Secretários de Saúde e Prefeitos) nessa opção ?; iii) A existência dos royalties influenciou essa decisão? ; iv) O que levou o município a implementar o Termo de Compromisso de Gestão, em 2009?; e v) Houve alguma mudança (em qualquer sentido) com a adesão do município ao Pacto pela Saúde, através da assinatura e posterior implementação do Termo de Compromisso de Gestão?

Como dissemos há pouco, não exporemos as respostas por entrevistado ou por pergunta, a fim de tornar mais livre a explanação. Optamos por essa estratégia

em razão de ser nosso objetivo facilitar a identificação das convergências e/ou das discrepâncias dos olhares e opiniões dos entrevistados acerca da temática. Há claramente dois pontos de absoluta convergência de opinião entre os três entrevistados: o primeiro é acerca da influência das receitas dos royalties para o desinteresse em habilitar o município na gestão plena do sistema municipal. Mesmo que isso não significasse mais recursos – mas o maior controle destes –, essa decisão levaria à necessidade do cumprimento de exigências e contrapartidas, o que não era interesse de nenhum dos atores envolvidos.

Tanto o entrevistado A (com a visão dos prestadores de serviços), como a entrevistada B (com a vivência e a visão da Secretaria de Saúde desde o ano de 2000), como a entrevistada C (com o olhar na perspectiva do Conselho Municipal de Saúde) foram taxativos em ressaltar o peso dos royalties na definição dos arranjos que resultaram na opção pela não habilitação à gestão plena do sistema municipal, no âmbito da vigência das NOBs. Esse elemento pode parecer óbvio ou de menor importância, mas remete a questões muito estruturais e até mesmo conceituais.

Estruturalmente, os royalties pagos pela exploração do petróleo significam que a opção dos gestores por fazer uso da autonomia política dos municípios, exercendo o poder de veto a parte das políticas do SUS desde 1998 até 2009, só foi possível porque o município de Campos dos Goytacazes era, por um lado, bastante independente do governo central no que se refere à necessidade de recursos para manter o SUS local<sup>106</sup>; e por outro, era autônomo o bastante para alocar tais recursos baseados apenas em normativas locais, como no caso da importante Lei 5899/99.

Do ponto de vista conceitual os royalties expressam a consolidação de dois dos principais pilares do SUS: significam a predominância do financiamento público no SUS local, algo incomum - se não único – no Brasil e, ao mesmo tempo, representam a essência da descentralização alocativa, fundamental para a formulação de políticas de saúde mais democráticas e mais eficazes, na visão de uma expressiva corrente de estudiosos.

Mas é essa configuração que possibilita esse trabalho, no sentido da avaliação prática do SUS, e não o fato de serem royalties especificamente. Ou seja, fosse a receita de qualquer outra origem, mas com a mesma flexibilidade nas regras alocativas, não faria diferença. Assim, os royalties são apenas uma variável

---

<sup>106</sup> Exceto para os procedimentos de alta complexidade

explicativa, sendo a descentralização e a predominância do financiamento público os principais fatores condicionantes para a opção dos gestores de não optar pela habilitação à gestão plena do sistema de saúde municipal, quando da vigência das NOBs.

O outro elemento no qual houve igual unanimidade de diagnóstico foi o despreparo e o desinteresse dos gestores municipais acerca das informações técnicas do SUS, em particular em relação às NOBs e aos modelos de gestão. Valemo-nos das transcrições dos relatos dos entrevistados, para dar uma visão mais fidedigna da importância desse tópico.

Perguntado sobre as razões pelas quais o município optou pela não habilitação à gestão plena do sistema de saúde municipal, quando da vigência das NOBs, e sobre o que levou o município a implementar o Termo de Compromisso de Gestão, em 2009, e, ainda, sobre o papel dos gestores municipais nessas decisões, o entrevistado A<sup>107</sup> foi direto, ao enumerar duas razões:

*“Primeiro, por falta de visão do gestor municipal, dois prefeitos amigos meus, incompetentes, incapazes, Dr. Arnaldo e Mocaiber. Por incompetência técnica, por não terem entendido o que realmente é gestão de sistema, o que é plena de sistema, plena da atenção básica, eles não sabiam a diferença isso foi constatado porque a pergunta foi feita a ele(Mocaiber)(...) então a incompetência era geral (...)eles não conheciam nada disso, Arnaldo não sabia nem o que era Nob, nem noventa e seis, nem noventa e dois, muito menos. Mocaiber, fala em Nob com ele, “que coisa é essa aí”? Teto financeiro? Não sabiam o que era, não sabiam. Não queriam saber (...) e (em segundo lugar) estava inadimplente, quem colocou a Prefeitura adimplente no SIAF fui eu. (...) foi quando no PT fiz um acordo com Mocaiber, no governo Mocaiber”.*

E completou:

*“(Em 2007, 2008) nós fizemos esse trabalho pelo PT, botamos ela redondinha preparando pra entrar Plena de Sistema. Que aconteceu com Paulo Hirano (secretário de saúde que efetivou o Termo de Compromisso de Gestão, em 2009) ele pegou já o bonde andando prontinho o negócio estava tudo certinho e entrou, que não entrou por incompetência, por preguiça, falta de conhecimento e pela inadimplência da Prefeitura. E Paulo Hirano só conseguiu porque nós colocamos a prefeitura, nós PT, eu era do PT, eu era presidente”.*

---

<sup>107</sup> O entrevistado A foi candidato ao governo municipal pelo PT, no ano de 2004. Essa eleição foi uma das mais conturbadas da história do município, conforme será explicitado logo adiante.

Ao seu estilo, a entrevistada C concorda com a questão da (não) capacitação técnica dos gestores, dizendo que:

*“Nós temos cabeças muito boas, muito pensantes nessa estrutura nossa local, no município, por outro lado, nós temos, tivemos durante esse tempo uma secretaria de saúde muito amadora, muito amadora, o amadorismo político, o amadorismo técnico era muito grande. Então aquela coisa assim, eu sou da área da saúde, então eu entendo de SUS. (...) Tínhamos pessoas guiadas por uma lógica política pequena, completamente fora, fora mesmo dessa compreensão, desse processo que é uma política de Estado, ou seja, essa política de saúde é uma política de Estado, como é que ela funciona, e aí eu preciso ter condições para compreender isso e imprimir os movimentos necessários para que essa política efetivamente aconteça. Então eu também percebia muito amadorismo.”*

E acrescentou, quando perguntada sobre as razões pelas quais o município tenha permanecido habilitado apenas na gestão plena da atenção básica do sistema de saúde municipal, mantendo apenas esse vínculo com as políticas centrais do SUS até o ano de 2009:

*“Ela (a razão) ultrapassa o espaço do Conselho, porque essa é uma questão muito particular, uma questão de gabinete. Então essa é uma questão tão complexa, que não é à toa que sendo proposta pelo Doutorado, porque como uma questão que poderia trazer uma autonomia, uma liberdade, um poder sobre a direção do dinheiro, do recurso, onde que eu coloco, onde eu uso isso, porque que eu não quero isso. (...) eu posso te dar o olhar do conselheiro (...) Quem sabia que o era gestão? O prestador sabia, porque estava diretamente ligado e ele era diretamente interessado, e o poder público, o governo, ele sabia em que gestão estava. O usuário não tinha essa informação e ela não era trazida para o debate. (...) Quem geralmente pauta é o governo, muitas vezes, em vários momentos em que nós estávamos na atenção básica enquanto modelo de gestão, não havia nenhum tipo provocação por nenhum segmento de que nós já poderíamos ser plenos de saúde, poderíamos sair da GPAB, daquele modelo de atenção básica, e ser pleno de saúde. Essa era uma discussão de gabinete, essa não era uma discussão do Conselho.”*

A entrevistada B, por sua vez, relatou que o secretário de saúde da gestão imediatamente anterior à da efetivação do Termo de Compromisso de Gestão foi pressionado pelo Ministério da Saúde para aderir ao Pacto pela Saúde, mas mesmo assim não efetivou isso:

*“Dr. Rodrigo, ele assinou Termo de Compromisso da Gestão Plena (Termo de Compromisso de Gestão - Pacto pela Saúde) em 2008. Não me lembro o mês. E ele não quis, mas assinou porque era obrigatório, era um pacto de atenção básica e outra coisa que tinha que ter assinado, o pacto a política nacional de atenção básica de 2006 e em 2008 ele se viu obrigado a assinar o termo de gestão plena e não quis botar em prática, porque não tinha nenhum instrumento de gestão que desse suporte ao que eles queriam. Tanto que, quando Rosinha entrou em Janeiro (de 2009), eles fizeram um aditivo dos contratos, que eram convênios, eram subvenções sociais, tentando arrumar um instrumento de como fazer o processo de chamamento público de contratualização, que não é um processo fácil. Por quê? Campos não tinha muita série histórica para você fazer base de preço.”*

Perguntada sobre a razão da adesão ao Pacto pela Saúde, essa entrevistada disse:

*“Porque era determinação do Ministério(...)Não tinha como o município escapar mais(...)Dr. Rodrigo esticou até o máximo!”*

Com a opção pela não habilitação na Gestão Plena, no âmbito da sua vigência, o município então permaneceu na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, sendo responsável apenas pelos serviços de atenção primária, tais como o gerenciamento dos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Dito de outro modo, essas eram as únicas das políticas centrais do Ministério da Saúde às quais o município havia aderido até então, tal como a quase totalidade dos municípios brasileiros. Como consequência, era o único conjunto de repasses diretos que o município recebia do Governo Federal, tendo a contrapartida de prestar contas dos seus resultados, assim como manter em dia as informações exigidas.

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma das principais - e talvez a mais bem sucedida - das políticas universalizantes de saúde coordenadas pelo Governo Federal, através do Ministério da Saúde. Autores como Viana e Machado (2008), Porto, Ugá & Santos (2006), dentre muitos outros, consideram que, de todos os ganhos obtidos com a implantação do SUS, o maior teria sido no campo da atenção básica, principalmente com a expansão desse Programa, em grande parte pelo efeito indutor das políticas implementadas, especialmente a partir da NOB 96.

Viana e Machado (2008) consideram que o privilegiamento da atenção básica como estratégia principal de ação e como eixo norteador da política de saúde favoreceu a concepção da construção de um sistema de saúde com diretrizes voltadas para a universalidade e integralidade da atenção. Definitivamente, não foi isso que aconteceu em Campos dos Goytacazes. Vejamos a razão.

O município de Campos dos Goytacazes viveu um conturbado período político entre os anos de 2004 e 2008, com constantes trocas de Prefeitos – foram cinco, em menos de quatro anos – e diversas intervenções judiciais. Numa delas o Programa Saúde da Família foi suspenso, a pedido do Ministério Público Federal, por suspeita de fraude. Esse fato impactou fortemente o sistema de saúde local, tanto no sentido da organização dos serviços – sobrecarregando a rede de urgência e emergência e, ao mesmo tempo, reforçando a segmentação do sistema -como no que se refere à trajetória do SUS local, conforme abordaremos logo adiante.

A tônica desse período conturbado foi o racha político entre os antigos aliados Anthony Garotinho e o médico Arnaldo Vianna, antes Prefeito e Vice, respectivamente. O médico foi eleito no ano 2000, com o apoio de Garotinho, então Governador do Estado do Rio de Janeiro. O radialista estava no auge do seu poder político, e conseguiu eleger Governadora sua esposa Rosinha, em 2002, já no primeiro turno. No pleito para o Executivo local, em 2004, Arnaldo Vianna e Anthony Garotinho apoiaram candidatos diferentes: o primeiro, Carlos Alberto Campista; e o segundo, Geraldo Pudim.

Embora em lados opostos, eles tinham pelo menos uma coisa em comum naquele momento: ambos controlavam, respectivamente, as máquinas públicas estadual e municipal, ambas com crescente arrecadação com royalties do petróleo. Foi, portanto, uma eleição muito disputada, entretanto não apenas nas urnas, mas também na justiça. Olhando em perspectiva, Campos dos Goytacazes era um município estratégico para os dois políticos pois, por um lado, uma vitória do candidato de Anthony Garotinho significaria sua hegemonia política do Estado do Rio de Janeiro; em contrapartida, a hipótese contrária poderia significar a consolidação dessa polarização de poder local entre os grupos rivais, o que acabou acontecendo.

A disputa local de 2004 foi vencida pelo candidato Carlos Alberto Campista, eleito em segundo turno, após o mesmo ter ficado em segundo lugar no primeiro. Mas a batalha jurídica começou logo cedo. Dias após as eleições, o Tribunal de

Justiça do Rio de Janeiro repetiu o que já havia feito dias antes do primeiro turno: afastou o então Prefeito Arnaldo Vianna, padrinho político do Prefeito recém-eleito, colocando em seu lugar o então Vice Prefeito, Geraldo Pudim, o qual havia acabado de perder a eleição, mesmo com o apoio de Anthony e Rosinha Garotinho.

O afastamento do cargo levou pouco tempo, mas podemos dizer esse acontecimento foi uma fotografia do que aconteceu daí em diante, quando a polaridade se acentuou. Para efeito do que estamos interessados nesse trabalho, Arnaldo Vianna também é um dos “Prefeitos-médicos” e, nesse sentido, é fundamental não perdermos de vista seu protagonismo na configuração do ambiente político-institucional da saúde local, entre 1999 e 2009.

Vale lembrar, foi ele que sancionou a Lei 6899/99, que autorizou o município a aplicar receitas de royalties na área da saúde, gênese de toda a lógica alocativa que se desenhou no período estudado. Naquele ano, o médico era Vice- Prefeito e aliado de Anthony Garotinho, e assumiu o comando do Executivo com o afastamento desse último, para concorrer ao Governo do Estado - ambos foram eleitos em 2000, conforme explicitado há pouco. A influência do então Prefeito Arnaldo Vianna na configuração do ambiente político-institucional local foi muito grande, por diversas razões.

A principal delas foi por ter intensificado a separação entre a administração direta e a administração indireta da saúde, desenhada por seu antigo aliado, consolidando a fragmentação do sistema de saúde local. A lógica de financiar a administração indireta com recursos quase exclusivamente dos royalties, imprimida por esse Prefeito -médico, fortalecendo a autonomia administrativo-financeira das Fundações, resultou não apenas na independência das mesmas em relação à Secretaria de Saúde, como também na ruptura com qualquer estratégia de planejamento e integração das ações e dos serviços de saúde locais<sup>108</sup>.

O outro protagonista da era dos Prefeitos médicos foi um personagem ausente do processo eleitoral local até 2004, mas nem por isso menos importante no que se refere à formatação do ambiente político-institucional da saúde local. Trata-se do médico Alexandre Mocaiber. O doutor Mocaiber era o secretário de

---

<sup>108</sup> Conforme mostrado no Capítulo 2, o fato de o município ter chegado a ter três secretários de saúde na prática, com os presidentes das duas Fundações da administração indireta subordinados diretamente ao Prefeito, foi a consolidação de uma trajetória iniciada no processo de municipalização da saúde, a qual se mantém até hoje, com danosas consequências para o SUS local. De novo, essa não foi uma estratégia política aleatória, mas bastante racional possibilitada pela liberdade alocativa dos recursos.

saúde do então Prefeito Arnaldo Vianna no ano de 2003 . Por conseguinte, era também o Presidente do Conselho Municipal de Saúde naquele momento - cargo vitalício Secretário de Saúde, conforme o regimento daquele órgão.

Como tal, foi ele que costurou e corroborou, no Conselho de Saúde, o acordo que precedeu o importante Termo de Ajustamento de Conduta, assinado por ele próprio em agosto de 2003, nesse caso, na condição de secretário de saúde – noutras palavras, foi em grande parte dele a decisão de não habilitar o município na então gestão plena de seu sistema de saúde.

Na eleição de 2004, o médico foi candidato a uma vaga na Câmara de Vereadores, logrando êxito. Em 2005, logo no início da legislatura, foi alçado por seus pares ao cargo de Presidente da Câmara Municipal, o terceiro na hierarquia de comando do município. Enquanto isso, no campo de batalha jurídico, intensificou-se a previsível polarização política entre os grupos da então governadora Rosinha Garotinho e do seu parceiro matrimonial e político, e o grupo do agora ex-Prefeito Arnaldo Vianna. A batalha culminou com a cassação do mandato do recém-eleito Prefeito Carlos Alberto Campista e de seu Vice, e com a inelegibilidade do casal Garotinho e de seu candidato Geraldo Pudim.

O detalhe de tudo isso foi que as punições, de ambos, foram dadas na mesma sentença, tinham a mesma motivação: o uso da máquina pública (estadual e municipal) para obter votos, na campanha de 2004. Mais uma vez, os grupos dissidentes estavam unidos pelo uso dos mesmos métodos e da mesma lógica, as quais denunciavam a origem de ambos. Essa polaridade se manteve com força pelo menos até a eleição de 2008. Nesse pleito, o médico Arnaldo Vianna voltou a disputar o Executivo local com Rosinha Garotinho, a qual se saiu vencedora com uma chapa que tinha também um médico como vice- Prefeito, passando a governar o município por dois mandatos – de 2009 a 2016<sup>109</sup>.

Dessa forma, o ex-secretário de saúde Alexandre Mocaiber tornou-se pela primeira vez Prefeito de Campos dos Goytacazes, em 2005, assumindo o Executivo como Presidente da Câmara Municipal, terceiro cargo na hierarquia de comando do município. Ficou interinamente no cargo por 11 meses, quando novas eleições foram realizadas, no mês de março de 2006.

---

<sup>109</sup> Conforme mencionado anteriormente, por um período contínuo de 20 anos o município teve um médico foi Prefeito ou como Vice-Prefeito.



Ocorre, porém, que estar interino como Prefeito não era um impeditivo legal para que o ocupante do cargo viesse a concorrer nas eleições extraordinárias de 2006. Assim, o ex-secretário de saúde, ex-Presidente do Conselho Municipal de Saúde e ex-Presidente da Câmara Municipal se manteve como Prefeito de Campos dos Goytacazes, dessa vez por ter sido eleito democraticamente para um mandato de apenas dois anos.

Vale notar que nesse período a arrecadação com as receitas de royalties do petróleo cresciam geometricamente, e orçamento anual do município já ultrapassava a casa do bilhão de reais. Não menos importante é lembrar que os acordos definidos pelo TAC, em 2003, foram mantidos durante todo o período no qual o médico Mocaiber perdurou no poder, em distintos cargos.

Mais uma vez, não se trata de atribuir a qualquer personagem, ou a um único ator, a responsabilidade pelos rumos das políticas de saúde no município, mas sim de reforçar nossa linha de argumentação, de que as escolhas feitas e as decisões tomadas foram, antes de tudo, racionais, e resultantes de um complexo conjunto de interesses diversos e de acordos contínuos, consequência de um jogo de soma positiva que envolveu atores de todos os segmentos do setor saúde, inclusive o Executivo local.

Claro, a referência ao médico Alexandre Mocaiber ilustra toda uma configuração de relações de poder que não se sustentariam sem o aval, direto ou indireto, do Executivo local - nesse caso tanto os Prefeitos quanto seus respectivos secretários de saúde. Mostra inexoravelmente, também, o quanto ainda são promíscuas as relações políticas no nível local, não exclusivamente em Campos dos Goytacazes, obviamente.

Aliados esses fatores às limitações da função fiscalizadora e mesmo deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde - apontadas pela literatura em geral e verificada no município em tela – é bastante razoável lançar reais dúvidas acerca da eficácia da descentralização como estratégia automaticamente garantidora de uma maior democratização das políticas públicas, em particular as de saúde.

Voltemos ao imbróglgio político local, a fim de já entrarmos na análise da trajetória do seu sistema de saúde, com suas características de quase total descentralização e predominância e alto volume de recursos públicos no seu financiamento. Em que pese o Prefeito Alexandre Mocaiber ter sido eleito para um curto mandato, os pouco mais de dois anos não significaram uma trégua política em

Campos dos Goytacazes. Isso porque o referido Prefeito foi afastado do cargo por suspeita de corrupção, menos de dois anos após sua eleição – em março de 2008.

Dentre os elementos que sustentaram esse afastamento do Prefeito estava a suspeita de corrupção e uso para fins políticos do Programa Saúde da Família (PSF)<sup>110</sup>. Em Campos dos Goytacazes, as equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) não eram compostas por servidores concursados. Os trabalhadores eram contratados através de duas entidades, com sedes fora do município: a Fundação José Pelúcio Ferreira e a Cruz Vermelha Brasileira (Filial Nova Iguaçu).

De acordo com o Ministério Público Federal, essas instituições foram beneficiadas com milionárias dispensas de licitações<sup>111</sup> para a implementação dos referidos Programas, mantidos com verba pública federal e com verba oriunda dos royalties do petróleo. Seriam aproximadamente dezesseis mil trabalhadores terceirizados<sup>112</sup>, portanto sem concurso público, uma exigência legal<sup>113</sup>. Por essas razões, o PSF e o PACS foi suspenso em 2007, e não mais foi retomado em sua integralidade no município.

O conjunto de Gráficos 10 mostra a descontinuidade desses programas, através do número de famílias acompanhadas por modelo de atenção.

---

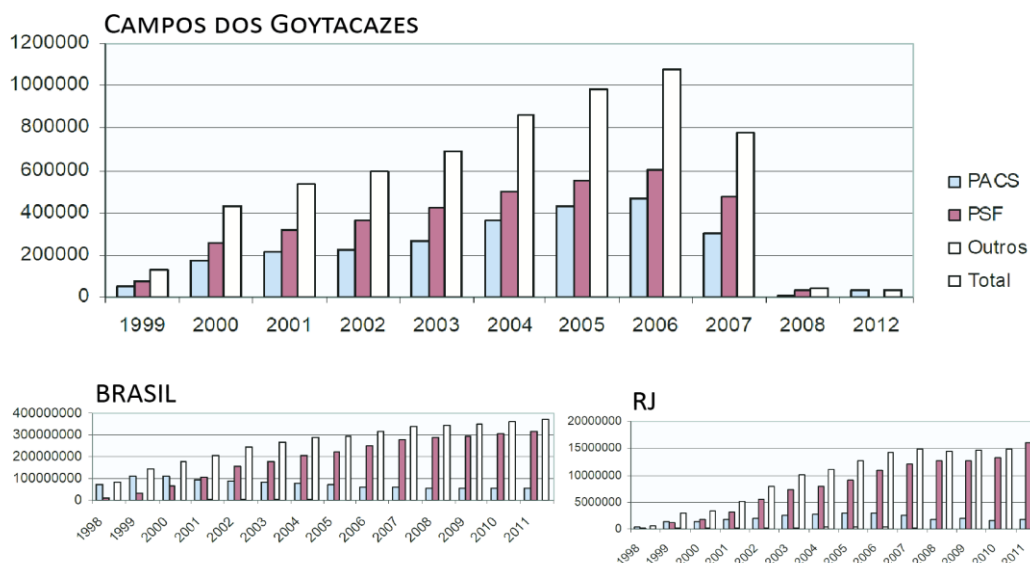
<sup>110</sup> Note-se que até agora, ao longo de toda a trajetória dessa investigação acadêmica, os fatos tem mostrado uma série de acordos os quais são indiscutivelmente institucionalizados, ainda que o leitor possa pessoalmente considerá-los ilegais, ou no mínimo perversos, à luz do interesse público. Nesse sentido, cabe destacar que é a primeira vez nesse trabalho que estamos falando de um caso suspeita de corrupção, o qual afetou diretamente a formatação do sistema de saúde local, principalmente em termos de organização dos serviços, ao mesmo tempo em que influenciou a configuração do ambiente político-institucional da saúde local.

<sup>111</sup> Naquela mesma época, essas duas instituições estavam envolvidas em diversas denúncias de irregularidades, em vários municípios que utilizavam a mesma estratégia de Campos dos Goytacazes.

<sup>112</sup> Segundo denúncia da Ação Penal nº 2008.51.03.000676-1 da Justiça Federal

<sup>113</sup> Um concurso público foi realizado ainda em 2008, na tentativa de não parar os Programas, especialmente o PSF. No entanto, uma série de ações jurídicas, de naturezas diversas, protelou a solução do impasse, cujos reflexos se fazem notar até os dias de hoje. Optamos por não discorrer sobre os problemas desse Concurso, embora importantes, a fim de nos ater à análise em tela, especialmente nessa etapa na qual o trabalho caminha para as reflexões acerca das correlações entre os elementos que nos levarão a alcançar os objetivos propostos pelo estudo.

**Gráficos 10 – Número de Famílias Acompanhadas PCAS/PSF  
Campos dos Goytacazes-RJ- Estado do Rio de Janeiro – Brasil - 1999-2012**



Fonte: DATASUS/MS

Além de confirmar a ruptura desses Programas, no âmbito local, a comparação da evolução desse indicador em Campos dos Goytacazes, no Estado do Rio de Janeiro e no Brasil traz pelo menos duas outras reflexões importantes. Percebe-se que, no Estado do Rio de Janeiro e no Brasil, a quase totalidade das famílias visitadas é feita pelo PSF. Essa proporção é diferente em Campos dos Goytacazes, onde há um peso muito maior do Programa Agente Comunitários de Saúde no montante total dos procedimentos, ainda que haja um pequeno predomínio do PSF.

Não foi possível obter informações suficientes que nos permitissem afirmar as causas dessa diferença em relação à maioria dos demais municípios fluminenses e brasileiros, mas a hipótese muito forte é que tenha relação com a terceirização das equipes, estratégia adotada pelo município, como vimos há pouco. A explicação que sustenta essa hipótese passaria por uma convergência de ganhos políticos, por parte do município, e financeiros, por parte das empresas contratadas. Isso porque o custo das equipes do PSF era maior, tendo em vista a necessidade de ter pelo menos dois profissionais de nível superior – um médico e um enfermeiro.

Já no PACS, os agentes comunitários são pessoas preferencialmente da própria comunidade, cujo treinamento e capacitação não requerem tanta

especialização. Ademais, quando não havia equipes de PSF nos municípios, os agentes dos PACS podiam ser supervisionados por um enfermeiro de uma unidade básica de saúde, por exemplo. Ou seja, equipes do PACS são mais baratas e permitem maior ingerência política na escolha dos agentes, principalmente no caso de serviços terceirizados, e em que pese a exigência legal de um processo seletivo público.

Mais uma vez, não é possível afirmar que esse seja o caso do município em tela – mesmo porque nossa investigação não alcançou tal abrangência -, mas mostrou-se uma possibilidade a ser bastante considerada, nas apurações feitas para entender tal diferença. Independente disso, as consequências da suspensão do Programa Saúde da Família e do PACS determinado com base no pedido do Ministério Público Federal foram muito além dos impactos da universalização do acesso - o que já não é pouco obviamente -, em razão da configuração do sistema de saúde local.

Como já mencionado, do ponto de vista da organização dos serviços, o colapso na atenção básica significou a sobrecarga do sistema de urgência e emergência, que se tornou “a principal porta de entrada do SUS”, conforme foi relatado na portaria publicada pelos três secretários de saúde, no fim do capítulo anterior. Do ponto de vista da forma de estruturação do sistema de saúde local, essa realidade fortaleceu sobremaneira a administração indireta, em diversos sentidos e dimensões – política, alocativa/financeira, administrativa e até mesmo ideológica.

Na dimensão política, a relevância crescente da administração indireta no provimento dos serviços e a dependência cada vez maior dos Prefeitos por apresentar resultados na saúde levou a um crescente protagonismo das Fundações – e a um conseqüente empoderamento de seus respectivos Presidentes, os quais, vale reiterar, tem status de secretários de saúde e respondem diretamente ao Chefe do Executivo municipal. O resultado mais importante de tudo isso foi a consolidação da fragmentação da gestão do sistema de saúde local, a qual se mantém até hoje.

Na esfera financeira e alocativa, a falência da atenção básica – ou, se preferirmos, a importância crescente dos serviços de urgência e emergência – certamente passou a ser mais uma justificativa para alocar ainda mais recursos dos royalties na administração indireta, esfera que chegou a absorver praticamente a metade do milionário orçamento da saúde local, conforme mostra o Gráfico 9, no

capítulo anterior. Obviamente, essa lógica parece ter sido muito interessante para os Chefes do Executivo, que assim a desenharam.

Na esfera administrativa, o peso que os serviços de urgência e emergência passaram ter acentuou a separação entre a atenção curativa e preventiva, consolidou uma forma de organização dos serviços que já vinha resistindo tanto às estratégias isoladas que buscavam a integralidade da atenção quanto às propostas que tentavam abrir caminho para se pensar algum planejamento das ações e a integração dos serviços de saúde locais. Noutras palavras, contribuiu para que o sistema de saúde local se mantivesse estruturalmente similar ao modelo de saúde anterior ao SUS.

A perspectiva do que chamamos de ideológica, tem a ver com o fato de que os serviços de urgência e emergência passaram a ser conhecidos como os serviços públicos eficazes; quando não, a culpa era da atenção básica, que não funcionava. Embora seja fato indiscutível a falência da atenção primária no município, o mesmo serve sob medida para alimentar a retórica de que a manutenção da independência gerencial e política da administração indireta da saúde é imprescindível para o bom funcionamento do sistema de saúde local<sup>114</sup>. De quebra, o foco imediatista dos gestores fica onde não deveria, ou seja, no efeito e não na causa dos problemas.

Finalmente, não precisaria dizer que toda essa lógica agrada, e muito, ao setor privado. O colapso do setor público, com a falência do PSF/PACS, por um lado, e com a sobrecarga do setor de urgência e emergência, por outro, alimentam uma poderosa rede de serviços e recursos controlados pelo setor privado. No primeiro caso, as consultas especializadas e os serviços de média e alta complexidades – além da cobrança da “consulta social”; no segundo, os leitos eletivos de quase todas as especialidades tornam-se recursos críticos também para dar vazão à rede de urgência e emergência.

Ou seja, o setor privado acabou ainda mais fortalecido pelas estratégias de gestão utilizadas pelo setor público, dominando-o em ambos os lados, conforme poderá ser constatado nos gráficos, logo adiante. Chamamos propositalmente de estratégia de gestão porque entendemos que a trajetória do PSF/PACS foi fruto de

---

<sup>114</sup> Não por acaso, todas as tentativas no sentido contrário não foram adiante. A tentativa de unificação da gestão da saúde local, começada em 2011 com a unificação das Fundações e com o comando da administração direta e indireta da saúde local sob um mesmo gestor, foi mantida no primeiro ano do novo governo, de oposição, que tomou posse em 2017. No entanto, no início de 2018, o comando das administrações direta e indireta voltou a se fragmentar, ficando a cargo de dois gestores diferentes, voltando, portanto, ao que sempre foi, desde 1989.

uma escolha clara dos gestores desde o início, assim como o foi uma opção fortalecer as Fundações e praticamente quase restringir o atendimento dos hospitais públicos à urgência e emergência.

Por essa razão, não poderíamos dizer que o gestor tenha ficado refém da administração indireta, e que por isso, a fortaleceu - foi justamente o contrário, aliás: fortaleceu-a, e acabou ficando refém dela. Nem tampouco podemos culpar apenas a força do setor privado, nesse sentido. Essa aliás, é a abordagem principal desse capítulo: o setor público é co-responsável não só pelos arranjos alocativos, mas também pela trajetória do sistema de saúde local. Noutras palavras, a fragmentação da gestão interessou a todos, de algum modo. É, portanto, um jogo de soma positiva.

Há ainda uma segunda reflexão que pode ser trazida dos gráficos comparativos da evolução dos Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, que tem a ver com a questão central desse trabalho. Como falado nos capítulos anteriores, o município de Campos dos Goytacazes permaneceu na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. Isso significa que o PSF/PACS era uma das poucas políticas governamentais centrais às quais esse município aderiu, tendo tido que cumprir todas as exigências do Ministério da Saúde para receber o repasse de verbas (que foi suspenso coma ordem de paralisação dos Programas).

Independente da desproporção entre o volume PSF/PACS, verificada em Campos dos Goytacazes, em relação ao Estado do Rio de Janeiro e ao Brasil, se observarmos a linha de evolução do volume total desses procedimentos, constata-se uma mesma tendência, nas três esferas federativas. Ou seja, quando comparamos os gráficos, verifica-se o mesmo crescimento, e numa mesma proporção, nas duas variáveis estudadas, tanto no nível municipal, quanto no estadual ou no federal. Esse fator que pode ser atribuído ao poder de indução das políticas propostas pelo Ministério da Saúde.

Noutras palavras, esse resultado significa que, até a interrupção dos Programas estavam sendo verificados no âmbito local, os mesmos ganhos para o SUS verificados no âmbito dos Estados e dos demais municípios brasileiros, no que se refere á expansão da atenção básica. Chamamos a atenção para esse importante fato para que o leitor possa observar que essa mesma lógica não virá a acontecer em relação às demais variáveis que vamos analisar doravante.

No mesmo trabalho no qual apontaram o PSF como um dos maiores ganhos da mudança do modelo assistencial brasileiro, ao avaliarem também os avanços e dificuldades do SUS em seus 20 anos de implantação do SUS, Viana e Machado (2008:666) destacaram outro parâmetro que igualmente passou a representar outro importante avanço do SUS: a expansão da quantidade de serviços públicos no período, inclusive as internações hospitalares, ressaltando, contudo, “o igual crescimento da oferta de serviços privados sem internação (consultórios, clínicas e SADT), cuja expressiva parcela é contratada e paga pelo Estado para prestar serviços para o SUS”.

Para alcançar um de nossos objetivos específicos, qual seja, analisar a dinâmica da relação público-privada e a do processo decisório dos atores nela envolvidos, buscando entender a influência dessa relação na trajetória do sistema de saúde local, no período estudado, seguimos a mesma lógica de comparar a evolução das variáveis no âmbito local, estadual e federal. Nesse caso, porém, para verificar se houve avanços no nível local, comparamos essas variáveis em relação à natureza do prestador de serviços, se público ou privado.

Duas razões concomitantes nos levaram a isso: primeiro, analisar a dinâmica da relação público-privada no período estudado, buscando entender a lógica do processo decisório dos atores e sua influência sobre a decisão de assinar e implementar o Termo de Compromisso de Gestão.

E a outra razão que nos levou a utilizar os parâmetros público e privado foi verificar como se comportaram essas variáveis, em um ambiente local de forte descentralização e expressivo aporte de recursos públicos, em relação aos demais municípios do Estado e do Brasil, os quais, em sua quase totalidade, aderiram ao que assumimos como “políticas reguladas” do Ministério da Saúde, através das NOBs.

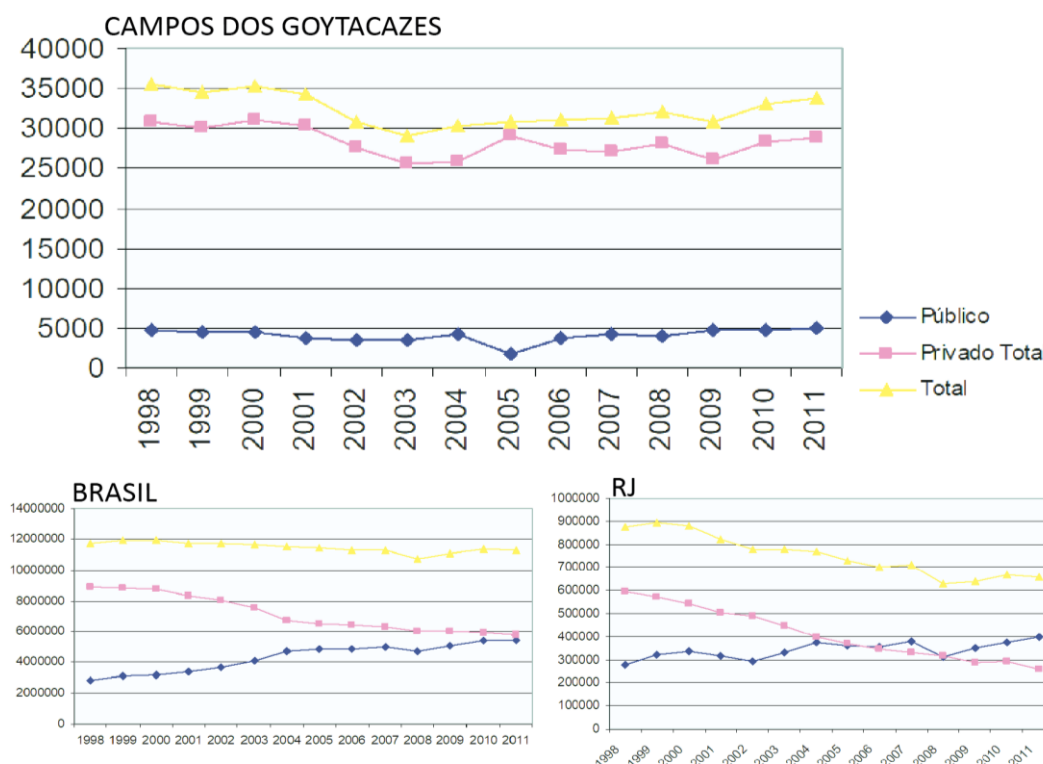
Noutras palavras, queremos saber se no nível municipal houve os mesmos ganhos para o SUS, apontados pela literatura. Ou seja, vamos efetivamente averiguar como na prática se comportou o sistema de saúde de Campos dos Goytacazes no período estudado, tendo o mesmo todas as premissas teóricas concebidas como pilares do SUS.

Para essa finalidade, serão usados como indicadores i) internações hospitalares: quantidade total de internações (global); quantidade de internações de clínica médica, quantidade de internações de clínica cirúrgica, quantidade de

internações de obstetrícia e quantidade de internações de média complexidade; ii) SADT (Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento): quantidade apresentada e quantidade aprovada de patologia clínica, quantidade apresentada e quantidade aprovada diagnose, quantidade apresentada e quantidade aprovada de exames ultrassonográficos, quantidade apresentada e quantidade aprovada tomografia; e iii) procedimentos ambulatoriais: quantidade aprovada de consultas médicas especializadas e quantidade aprovada e valor aprovado de procedimentos ambulatoriais totais.

O conjunto de Gráficos 20 mostra o número total de internações de todas as especialidades, nas três esferas administrativas. É possível perceber a diferença da trajetória do sistema de saúde local, quando comparada às trajetórias verificadas no Estado do Rio de Janeiro e no Brasil. Nesses dois últimos, os gráficos mostram o crescimento do setor público e queda do setor privado na prestação dos serviços de saúde, tal como apontado pela literatura especializada, e diferente do que acontece no município de Campos dos Goytacazes.

**Gráficos 20 – Número total de internações**  
Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro – Brasil-1998-2011



Fonte: DATASUS/MS



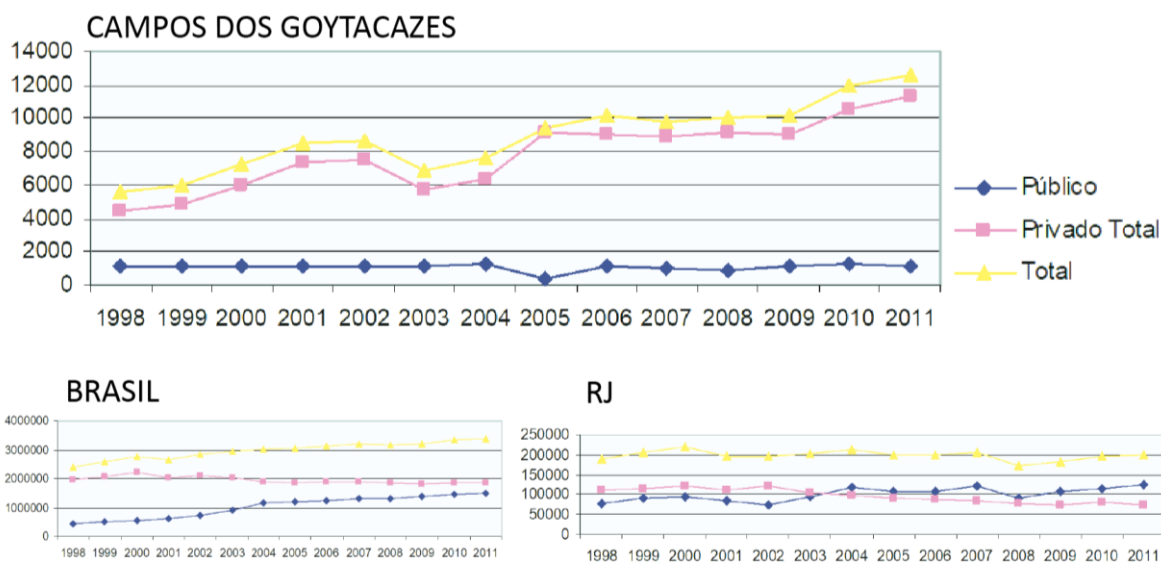
Chama a atenção o fato de que, no sistema de saúde local, não há qualquer alteração na curva referente aos prestadores públicos de serviços, indicando que as políticas descentralizadas locais não lograram sequer qualquer alteração da situação precedente, muito menos ainda promover algum ganho nesse aspecto<sup>115</sup>. Nota-se, inclusive, que embora tenha havido pequena queda no volume total desses procedimentos, entre 1999 e 2009, tendência similar à do gráfico do Estado do Rio de Janeiro, nesse último houve uma inversão na participação do setor público em relação ao setor privado – mesma tendência verificada na curva do gráfico que abrange todos os municípios brasileiros.

O conjunto de Gráficos 30 mostra o número total de internações de clínica cirúrgica, também nas três esferas administrativas. Na mesma direção da variável anterior, os dados retratam igualmente tanto o crescimento do setor público, em relação ao setor privado, quanto a similaridade das tendências das curvas no BR e RJ. Em Campos dos Goytacazes isso não acontece. Pelo contrário.

---

<sup>115</sup> É importante externar, para análise do leitor, uma relevante observação pontuada na banca de defesa desse trabalho, acerca dessa temática. Tendo em vista, por um lado, que o número de internações refere-se à quantidade aprovada (e não à quantidade apresentada); e, por outro, que no período de 2003 a 2009, o efeito da implementação do TAC de 2003 levou a uma redução na quantidade de procedimentos pagos através do teto financeiro, em relação aos valores apresentados (conforme já mencionado anteriormente e verificados nos gráficos a seguir), haveria de se considerar que a curva referente aos prestadores públicos poderia estar subdimensionada. Explicando melhor o argumento, a quantidade apresentada poderia ter sido bem maior do que a quantidade paga e, nesse sentido, teria havido um aumento da participação dos prestadores públicos, fato que contrariaria a afirmação posta. Em contrapartida, o autor argumenta a procedência da análise com base nos seguintes fatos objetivos: i) nos demais gráficos, naqueles indicadores nos quais é possível comparar a quantidade apresentada com a aprovada, verifica-se uma que a acentuada nos procedimentos aprovados, a partir de 2004, diferente do que acontece no caso das internações – nesse indicador, a queda é leve, começa em 2001, tem um pico negativo em 2005 (não foram informados os valores nesse ano, por isso não foram pagos), mas voltam a crescer desde então, voltando ao patamar de 1999. Ou seja, um comportamento inverso ao das demais variáveis; ii) poderíamos considerar, contudo, que o crescimento após 2005 tenha tido ainda um efeito dos acordos. Nesse caso, necessariamente deveria ter havido um aumento dos leitos públicos no período (ou seja, um aumento dos leitos públicos, levaria a um aumento na quantidade apresentada, a qual poderia ser bem maior do que a quantidade aprovada, objeto do gráfico). Essa hipótese anularia o argumento posto, na medida em que se verificaria um aumento dos serviços públicos no âmbito local, numa mesma direção dos demais municípios (o qual não seria alcançado pelos gráficos das internações em razão do acordo do referido TAC). No entanto, essa hipótese não se verifica, pois, ainda que havido um aumento na oferta de leitos públicos (quase a totalidade deles na administração indireta, inclusive no Hospital Geral de Guarus), a maior parte dos leitos locais ainda pertence ao setor privado – quase 88% do total, conforme pode ser verificado na Tabela M, na página 241; iii) finalmente, no caso do RJ e BR, há uma aproximação – por vezes uma inversão – nas curvas dos prestadores públicos e privados, fato que só se verificaria no âmbito local se tivesse havido um aumento muito expressivo da oferta de leitos públicos, o que não aconteceu. Pelo contrário, observa-se que, em todos os casos, a curva de procedimentos total é guiada pela curva de procedimentos privados, provando que o sistema de saúde local é totalmente controlado pelo setor privado, conforme pode ser verificado em todos os gráficos desse trabalho, a partir da base de dados do DATASUS. É com base nesses elementos objetivos que o autor sustenta a argumentação e agradece, em especial, à Dra Jaira Calil pelas imensas contribuições dadas a esse estudo, fruto de seu amplo conhecimento e experiência, e também de sua ampla e abrangente formação acadêmica.

**Gráficos 30 – Número total de internações em clínica cirúrgica  
Campos dos Goytacazes - RJ - Estado do Rio de Janeiro – Brasil - 1998-2011**



Fonte: DATASUS/MS

No município em estudo, além da curva do setor público também ter se mantido inalterada (como, aliás, em todos os demais gráficos), há um significativo crescimento do volume desses procedimentos, sobretudo a partir do ano de 2003, início dos repasses dos convênios aos prestadores filantrópicos e sem fins lucrativos. Mais que isso: em que pese ter se verificado uma tendência de crescimento no volume desses procedimentos no âmbito nacional – no RJ isso não aconteceu -, há pelo menos duas diferenças cruciais entre os gráficos de Campos dos Goytacazes e do Brasil, nesse sentido.

A primeira é a intensidade desse crescimento, muito maior em Campos dos Goytacazes<sup>116</sup>. A outra, e mais importante, é o fato de que a tendência de crescimento da curva no Brasil é impulsionada pelo aumento da participação do

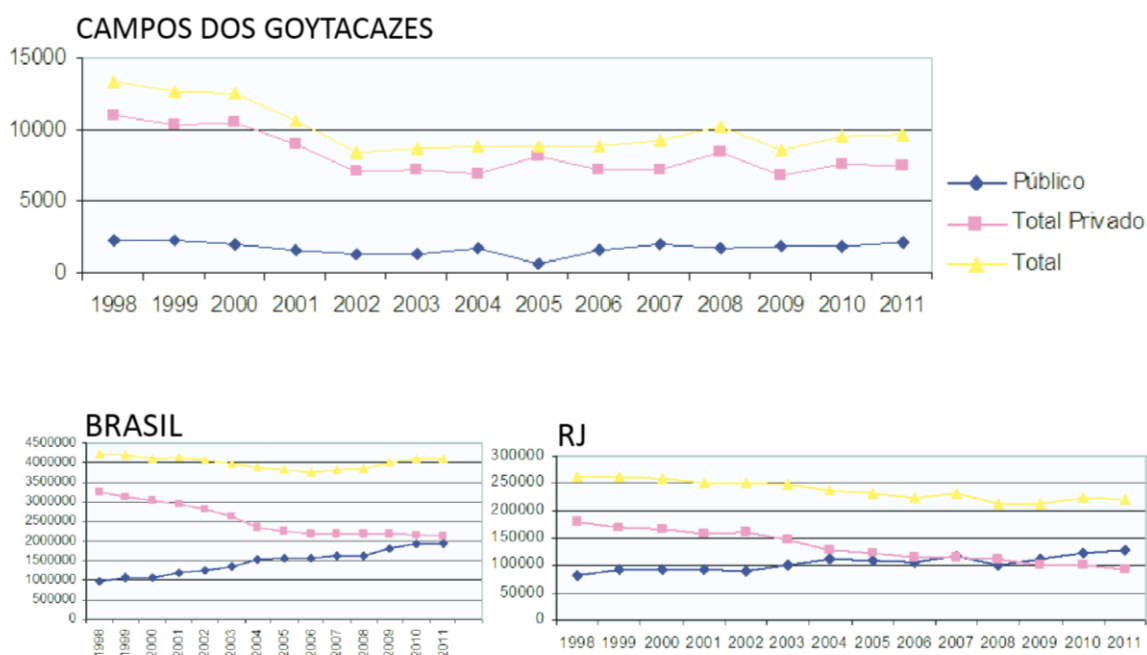
<sup>116</sup>Especificamente em relação ao crescimento das internações de clínica cirúrgica no município em estudo, não é o propósito do presente trabalho saber a razão desse aumento expressivo, mas é possível colocar, como hipótese, a influência dos repasses aos hospitais filantrópicos, através dos convênios. Especificamente em clínica cirúrgica, poderíamos especular que tais convênios tenham funcionado como incentivo monetário para o aumento do número de cirurgia, inclusive de pacientes de outros municípios, como temiam aqueles que vetaram o valor triplicado da tabela SUS como parâmetro de cálculo do valor dos repasses, segundo mencionou o entrevistado A no capítulo 1. De qualquer modo, esses hipotéticos fatos em nada interferem nas análises em tela.

setor público, o contrário do que acontece no âmbito local, onde tal crescimento é induzido pelo aumento da participação do setor privado.

A propósito, também nesse e em todos outros gráficos desse município, é possível constatar que a tendência da curva do total de procedimentos segue exatamente a mesma tendência da curva dos procedimentos realizados pelo setor privado, sinalizando a manutenção (ou até mesmo a intensificação) do controle da oferta desses serviços de saúde pelos prestadores privados locais. Com efeito, isso já mostra com clareza a inversão absoluta das tendências das curvas dos gráficos de Campos dos Goytacazes em relação à do Rio de Janeiro e a do Brasil.

O conjunto de Gráficos 40 mostra o número total de internações de clínica médica, nas três esferas administrativas. A lógica das tendências é a mesma da clínica cirúrgica, embora em sentido contrário, ou seja, decrescendo no âmbito local em maior intensidade do que no RJ e no Brasil, no que se refere ao volume total. Nada diferente dos demais nas inversões das curvas dos prestadores públicos e dos privados.

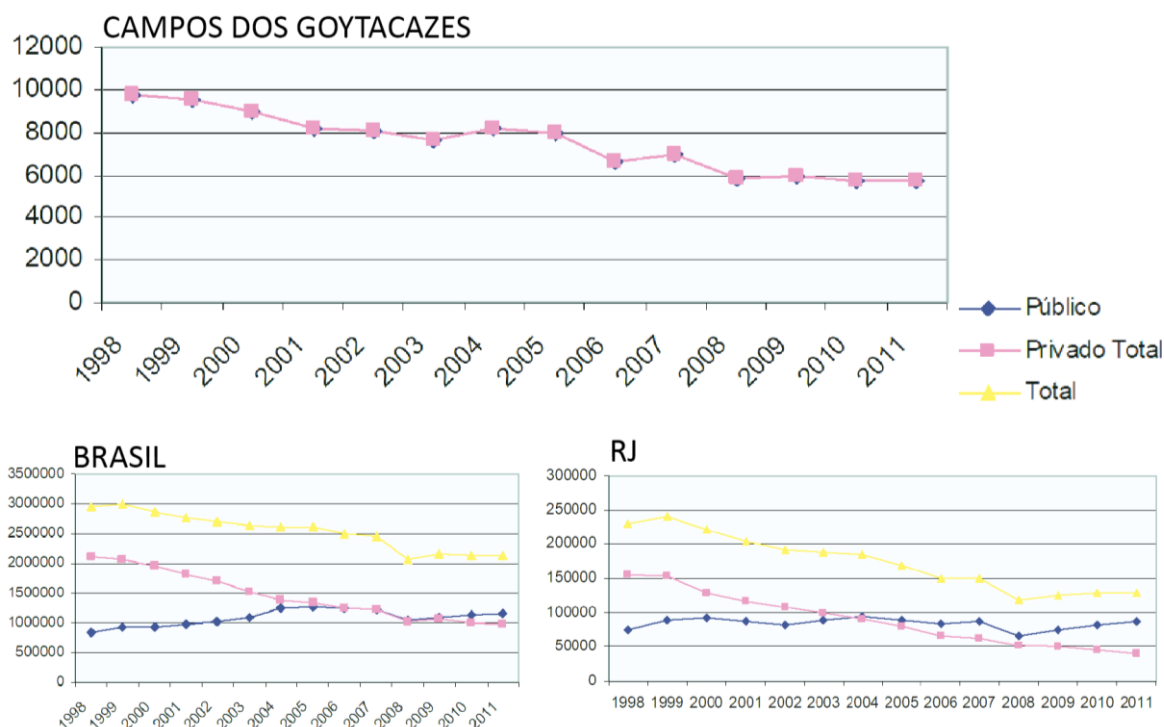
**Gráficos 40 – Número total de internações em clínica médica  
Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro – Brasil  
1998-2011**



Fonte: DATASUS/MS

O conjunto de Gráficos 50 mostra o número total de internações de obstetrícia, e foram aqui colocados para mostrar que nessa especialidade, o sistema de saúde local é – e sempre foi – cem por cento privado.

**Gráficos 50 – Número total de internações em obstetrícia  
Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro – Brasil - 1998-2007**



Fonte: DATASUS/MS

Em ambos os casos, nas três esferas federativas há uma compreensível tendência de queda, por razões que nesse momento não cabem serem mencionadas. Há, no entanto, outros fatores importantes possíveis de serem notados por esses gráficos. Especialmente no caso da obstetrícia, no BR a intensidade da queda do volume total é amenizada pelo aumento (ou pelo menos pela manutenção da oferta, como no caso do RJ) da participação do setor público.

No caso local o poder público é totalmente dependente dos prestadores privados sem fins lucrativos, nessa especialidade. Mais ainda, essa dependência foi mantida e financiada ao longo dos anos da era dos royalties, através de convênios específicos a esses prestadores, os quais, como vimos, eram na verdade subsídios. Como consequência, ainda hoje essa especialidade é uma importante moeda de

troca na negociação por verbas do setor público, com a ameaça da suspensão dos serviços sempre que há algum atraso do repasse.

Novamente destacamos que essa realidade é fruto das escolhas alocativas feitas pelos gestores anteriores, quando tinham pleno poder e fartos recursos para mudar esse quadro. Embora simples de enxergar através dos gráficos, as complexas razões pelas quais isso não aconteceu é que foram objeto desse estudo e, nesse sentido, esses gráficos mostram os resultados dos acordos celebrados sob o amparo do poder público.

O conjunto de gráficos seguintes refere-se aos indicadores do SADT (Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento). Nesse conjunto de indicadores utilizamos tanto a quantidade apresentada como a quantidade aprovada, estabelecendo a comparação entre ambas, também em cada uma das três esferas de governo<sup>117</sup>. Dois foram os objetivos dessa formatação: mostrar que, também no âmbito local, há a predominância do privado; e, principalmente, provar que a redução da quantidade de procedimentos públicos aprovados em relação à quantidade apresentada não ocorreu no RJ e no BR, tendo sido, portanto, um fenômeno local.

Cabe esclarecer que, para esses gráficos, o período de análise entre 1999 e 2007 – e não até 2009 – foi uma escolha deliberada, em razão da mudança dos parâmetros do DATASUS em 2007, em relação a 2008 em diante. Embora seja possível uma continuidade, a opção foi pela segurança da coleta de dados, tendo em vista que a falta dos dois últimos anos não interferiram nas análises e constatações almejadas por esse estudo.

Numa direção inversa, no caso das internações e do PSF, a escolha foi justamente ampliar o período, com o objetivo de mostrar a tendência das curvas após a implementação do Termo de Compromisso de Gestão, com o respectivo fim dos convênios e a consequente contratualização dos prestadores, inclusive os privados - embora esse não seja o objetivo desse trabalho.

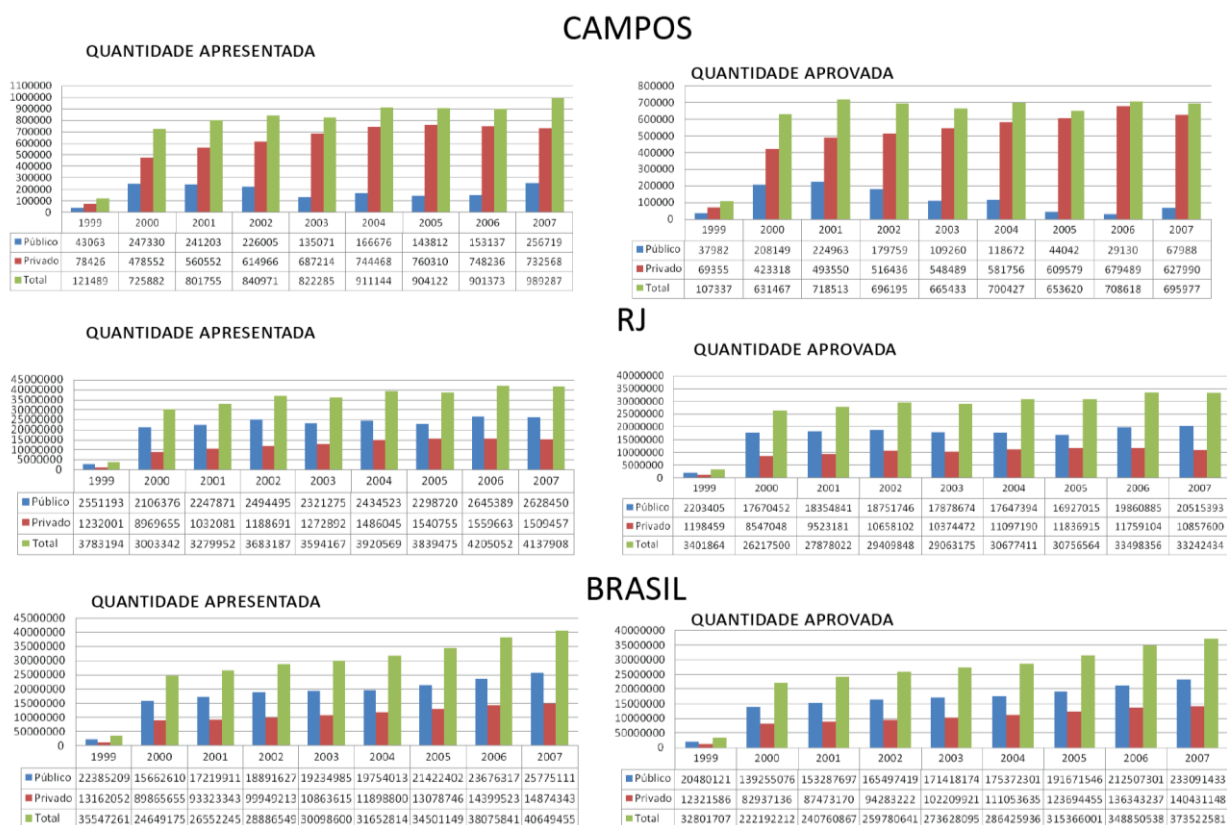
Dessa forma, os conjuntos de Gráficos 60, 70, 80 referentes, respectivamente, aos procedimentos de Patologia Clínica, Exames ultrassonográficos e Procedimentos de Diagnose, além de mostrarem, de forma incontestável, que os acordos negociados no TAC de 2003 foram implementados e

---

<sup>117</sup> Nesses, em particular, por um lado foi possível manter a mesma escala entre as duas quantidades, a fim de facilitar a comparação e a constatação dos efeitos do acordo do TAC de 2003.

mantidos ao longo dos convênios, beneficiando os prestadores privados, conforme mostrado no Capítulo 2, mostram também que no RJ e no conjunto dos demais municípios brasileiros há a predominância dos prestadores públicos, ao contrário do que acontece em Campos dos Goytacazes-RJ<sup>118</sup>.

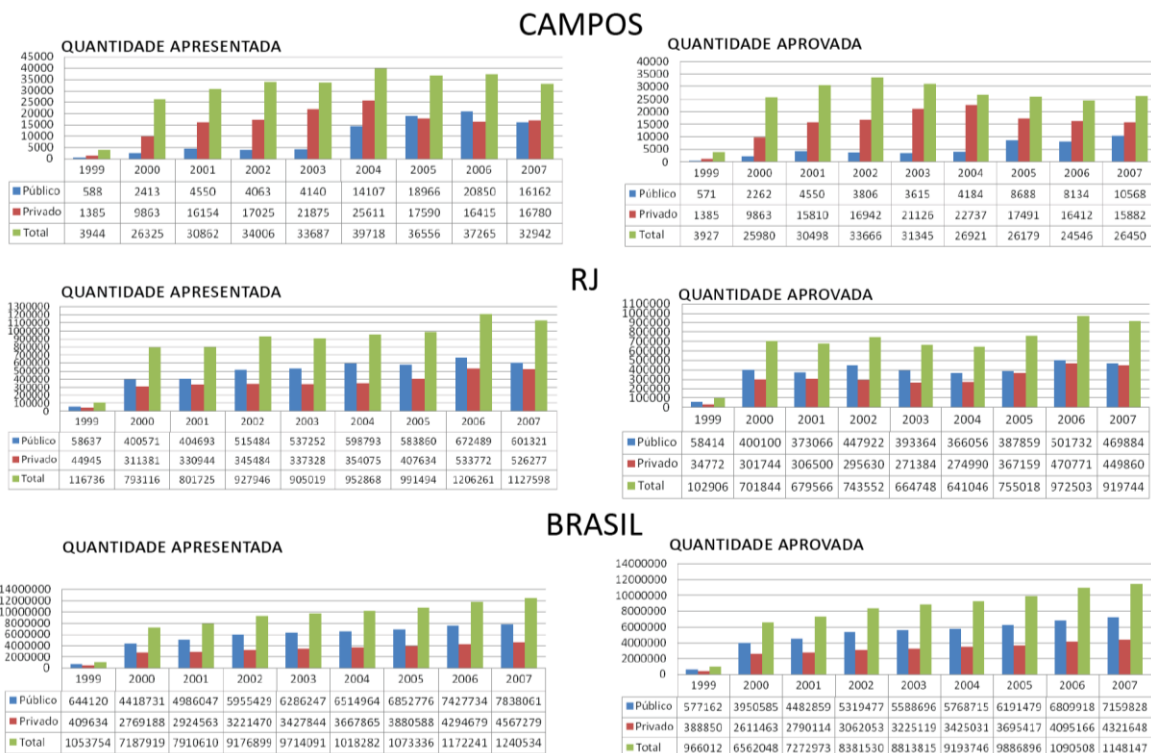
**Gráficos 60 – Quantidade Apresentada e Quantidade Aprovada de Patologia Clínica- 1999-2007  
Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro – Brasil**



Fonte: DATASUS/MS

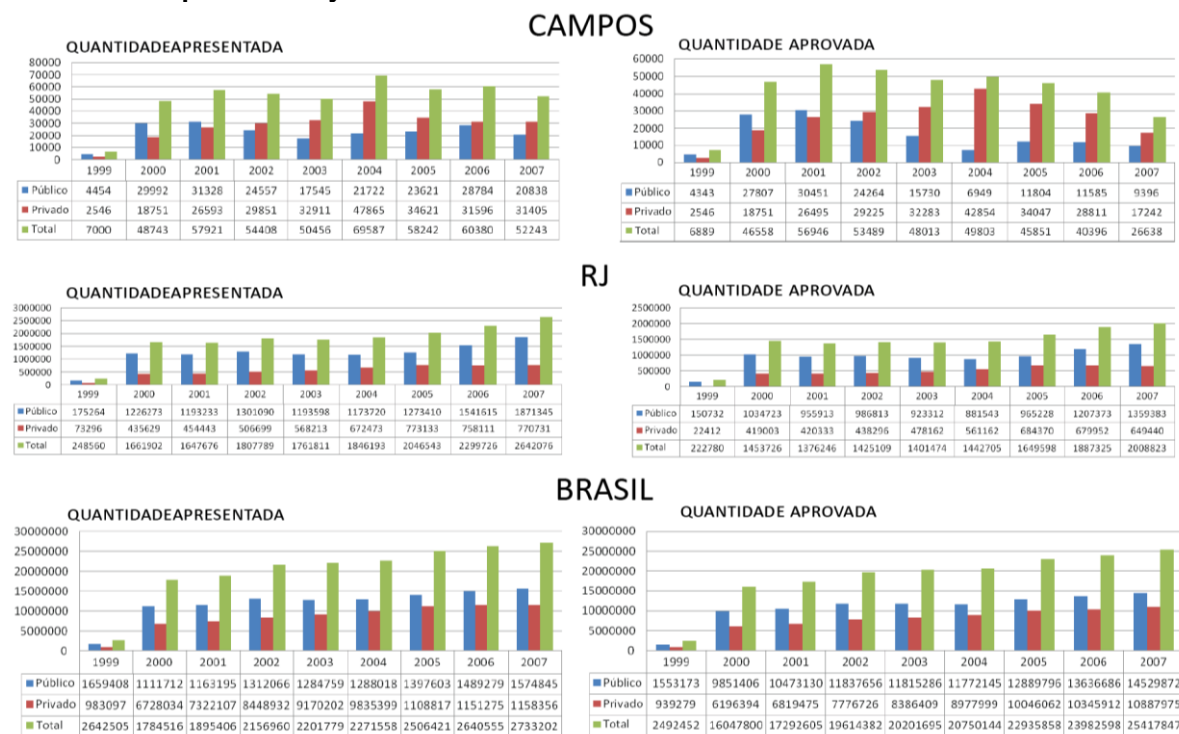
<sup>118</sup> Nos procedimentos de SADT há uma forte presença do setor privado em nível nacional, os quais aumentaram a participação na oferta desses serviços ao SUS. Análise de outros gráficos feitos por esse autor mostra que os procedimentos de finalidade diagnóstica, quando separados e analisados apenas os de caráter eletivo, há a predominância do prestador privado em todas as esferas federativas, confirmando o explicitado na literatura. Contudo, em que pese o fato de a força do privado no SADT não ser um fenômeno apenas local, a predominância do prestador público no BR e no RJ, quando visto esses procedimentos no aspecto geral, diferente do que acontece em Campos dos Goytacazes, atesta a baixíssima oferta desses procedimentos no município, certamente com consequência importantes em termos de agravamento da demanda reprimida. Obviamente a análise desse contexto foge ao escopo central desse trabalho.

**Gráficos 70 – Quantidade Apresentada e Quantidade Aprovada de Exames ultrassonográficos - Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro – Brasil - 1999-2007**



Fonte: DATASUS/MS

**Gráficos 80 – Quantidade Apresentada e Quantidade Aprovada de Procedimentos de Diagnose Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro – Brasil - 1999-2007**



Fonte: DATASUS/MS

No caso do conjunto de Gráficos 90, referente aos procedimentos de Tomografia, nota-se o predomínio do setor privado também no conjunto dos municípios brasileiros. Sendo um procedimento de alta complexidade, esse resultado é relativamente esperado, na medida em que a literatura mostra que o setor privado domina os procedimentos desse nível de complexidade no Brasil – e também no RJ. Novamente Campos dos Goytacazes está na contramão da tendência das curvas no RJ e Brasil, mas nesse caso com a predominância do setor público, até 2004.

Não é possível explicar, com precisão, as razões desse fenômeno, mas podemos afirmar que o mesmo envolve os hospitais públicos. Dois são os fundamentos: primeiro, o próprio gráfico mostra que, de 2005 em diante, o volume de procedimentos apresentados (não são os aprovados, note-se, mas os apresentados ) caem de 3460, no ano anterior, para apenas 278, zerando nos anos seguintes. Essa ocorrência é, muito provavelmente, fruto dos acordos do TAC de 2003, que reduziu o pagamento dos procedimentos feitos pelos prestadores públicos locais. Segundo, porque os dois tomógrafos do município estão nos hospitais públicos, os quais atendem principalmente de urgência e emergência, o que sustenta a afirmação. Mas a explicação para a predominância do setor público até 2004, permanece em aberto.<sup>119</sup>

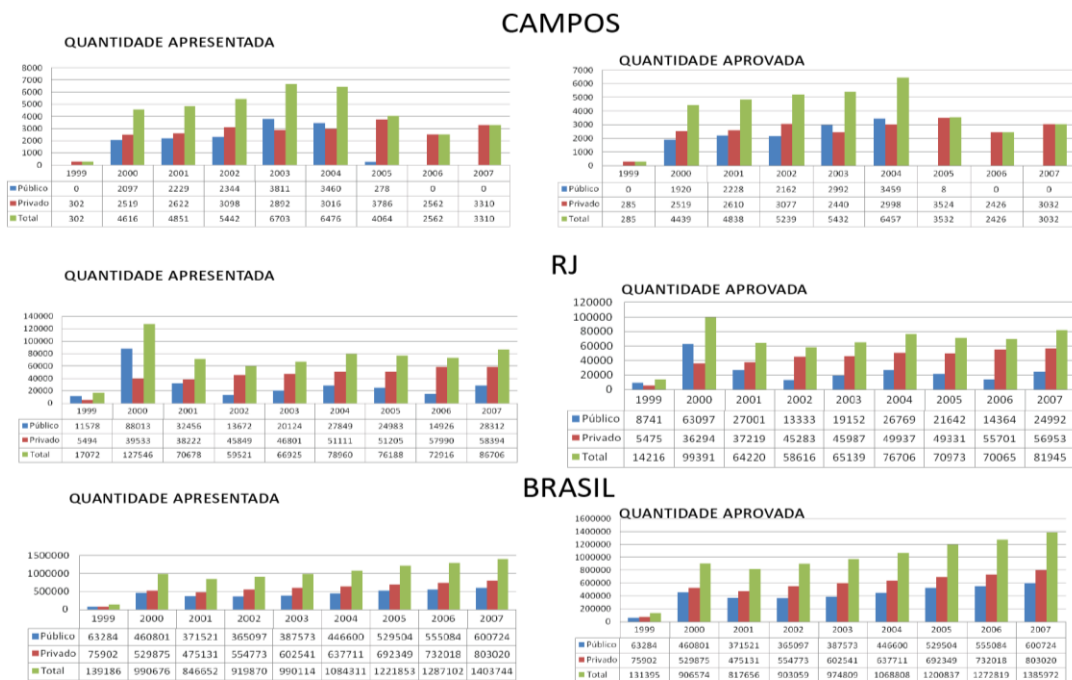
No conjunto de gráficos 100, dos indicadores de procedimentos ambulatoriais gerais, observa-se que a tendência das curvas de quantidade total desses procedimentos é similar nas três esferas federativas, com o setor público induzindo diretamente a variação da quantidade total, ficando a curva do setor privado praticamente constante, no município, no Estado do Rio e no Brasil.

---

<sup>119</sup> Outra hipótese para esse fato poderia ser a pouca oferta do setor público para o SUS local desse procedimento. Mas essa investigação foge ao escopo desse estudo, nesse momento.

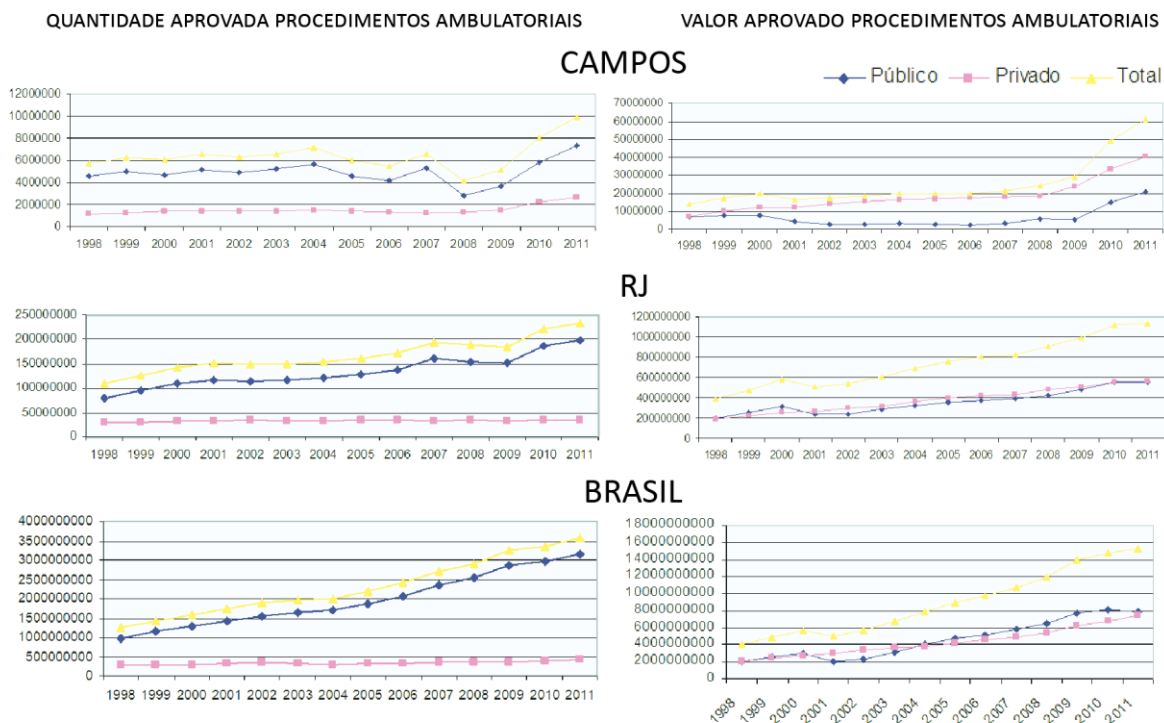


**Gráficos 90 – Quantidade Apresentada e Quantidade Aprovada de Tomografia - 1999-2007**  
**Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro - Brasil**



Fonte: DATASUS/MS

**Gráficos 100 – Quantidade Apresentada e Quantidade Aprovada de Procedimentos ambulatoriais - 1999-2007**  
**Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro - Brasil**



Fonte: DATASUS/MS

Verifica-se, entretanto, que em Campos dos Goytacazes não houve uma tendência de aumento da quantidade de procedimentos ambulatoriais totais, até 2009, destoando do expressivo incremento ocorrido nas outras duas esferas<sup>120</sup>. Por outro lado, quando a variável utilizada é o valor aprovado desses procedimentos ambulatoriais, a situação se inverte, ou seja, a curva quase constante no período volta a ser, como de costume no nível local, a dos prestadores públicos, enquanto a curva dos prestadores privados tem tendência de crescimento, passando também a ser a variável indutora da tendência da curva de valor total.

Há de se destacar o fato de que, em relação ao valor total dos procedimentos, no RJ e no BR, a curva dos prestadores privados passa também a uma tendência de crescimento, tal como aconteceu em Campos dos Goytacazes. Ou seja, por um lado, e diferente do verificado naquelas próprias esferas federativas, quando comparados o valor total e a quantidade total de procedimentos ambulatoriais. Em resumo: o valor médio dos procedimentos ambulatoriais executados pelos prestadores privados é muito maior do que o dos prestadores públicos.

Noutras palavras, o privado produz menos e fatura o mesmo que os prestadores públicos – ou o público produz muito mais e fatura o mesmo, se preferir. Isso é verificado em todas as esferas federativas, o que significa ser um fenômeno nacional. A diferença em Campos dos Goytacazes é que nesse município há uma completa inversão no comportamento das curvas dos prestadores público e dos privados, quando comparados o total e o valor dos procedimentos ambulatoriais; ou seja o privado produz muito menos e ganha muito mais, e vice-versa. Esse fenômeno pode estar relacionado aos subsídios dos convênios.

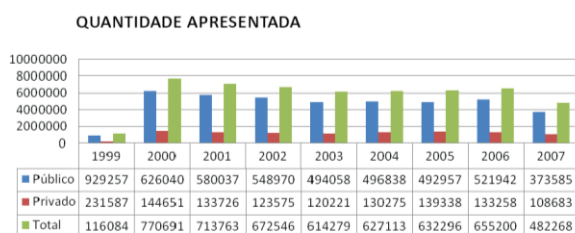
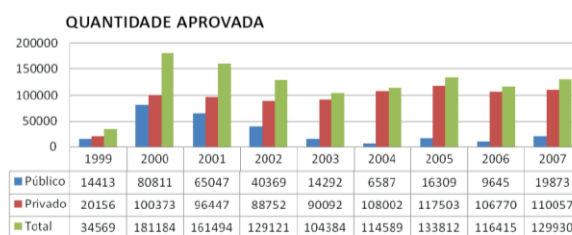
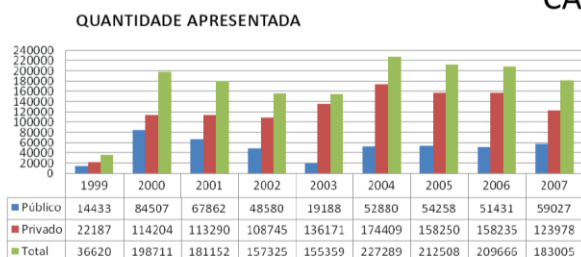
No que se refere às consultas especializadas, o conjunto de gráficos 110 mostra que as consultas médicas especializadas do SUS em Campos dos Goytacazes são quase totalmente realizadas pelos prestadores privados. Esse cenário é inverso daquele observado no RJ e no BR. Ou seja, a proporção de participação do prestador privado em relação ao total de procedimentos no município é equivalente à proporção de participação do prestador público em relação ao total de procedimentos, no caso do RJ e do BR.

---

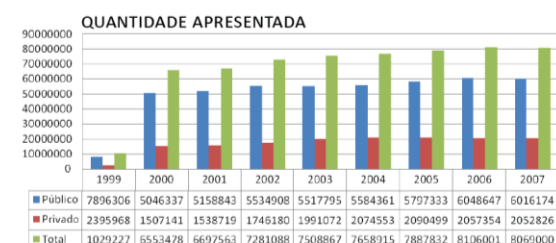
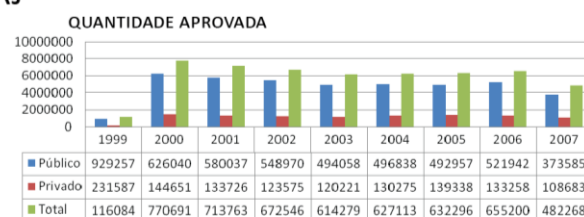
<sup>120</sup> Note-se que, depois de 2009, a tendência da curva no município passa a acompanhar a tendência da curva de RJ e BR

**Gráficos 110 –Quantidade Apresentada e Quantidade Aprovada de Consultas médicas especializadas - 1999-2007  
Campos dos Goytacazes-RJ - Estado do Rio de Janeiro - Brasil**

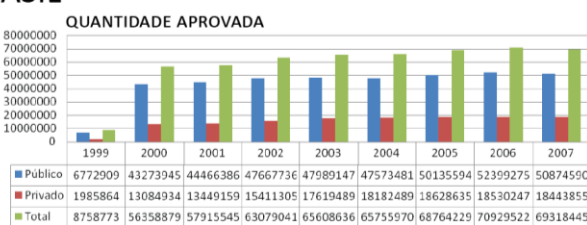
**CAMPOS**



**RJ**



**BRASIL**



Fonte: DATASUS/MS

Noutras palavras, o setor privado controla a quase totalidade das consultas especializadas no município de Campos dos Goytacazes. Não bastasse essa discrepância em relação ao RJ e ao BR, essa realidade tem relação direta com o grave problema da cobrança da “consulta social”, conforme foi relatado ao longo desse trabalho e como ainda voltará a ser mencionado adiante.

Na realidade, uma das conclusões indiscutíveis que podemos tirar da análise de todos esses gráficos, em todos os indicadores, é que o sistema de saúde de Campos dos Goytacazes é praticamente totalmente privado. Dizendo o mesmo sob outra perspectiva, o sistema de saúde local já era, e continuou a ser controlado pelos prestadores privados, preservando sua estrutura e sua organização de serviços tal como antes do SUS.

A Tabela M confirma esse fato, e mostra que, em 2009, quase 88% dos leitos para internação em Campos dos Goytacazes continuavam privados, dos quais quase a totalidade disponibilizada ao SUS. A rigor, essa situação é ainda mais crítica, pois esse percentual é ainda maior, tendo em vista que praticamente cem por

cento dos 200 leitos públicos são de urgência e emergência, significando, por consequência, que quase a totalidade de leitos eletivos são privados.

**Tabela M - Leitos para internação em estabelecimento de saúde, por esfera administrativa, segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios - Brasil - 2009**

GRANDES REGIÕES, UNIDADES DA FEDERAÇÃO E MUNICÍPIOS	TOTAL	ESFERA ADMINISTRATIVA						PERCENTUAIS	
		PÚBLICO				PRIVADO		% PRIVADO TOTAL	% PRIVADO SUS
		TOTAL	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	TOTAL	SUS		
BRASIL	431996	152892	15479	61844	75569	279104	219540	<b>64,61</b>	<b>78,66</b>
RIO DE JANEIRO	42593	16649	4877	3497	8275	25944	16867	<b>60,91</b>	<b>65,01</b>
CAMPOS DOS GOYTACAZES	1646	200	0	0	200	1446	1214	<b>87,85</b>	<b>83,96</b>

Fonte: CNES - DATASUS - adaptado pelo autor

Ou seja, o geométrico crescimento do financiamento local não apenas foi incapaz de mudar essa lógica como ainda a fortaleceu e a consolidou, ao longo desses anos da era dos royalties. Como consequência, não se verificou em Campos dos Goytacazes, com as políticas descentralizadas - traduzidas principalmente na total autonomia alocativa dos recursos pelo gestor local -, nenhum dos ganhos alcançados no âmbito estadual e federal pelas “políticas reguladas” do SUS através das NOBs/ NOASs, tal como apontado pela literatura e confirmado pelos referidos gráficos.

### 3.3 – A realidade local pós - 2009: uma breve contextualização, à guisa de conclusão

Nessa última seção do presente capítulo, faremos uma breve contextualização da situação do sistema de saúde local após a adesão do município ao Pacto pela Saúde, através da assinatura e da implementação do Termo de Compromisso de Gestão. Obviamente não extrapolaremos o limite definido para essa pesquisa, o que significa que não faremos análises acerca de eventuais mudanças ou não no sistema de saúde local, após 2009, em que pese ser essa uma instigante temática para futuros trabalhos.

Nesse sentido, nosso objetivo é relatar alguns eventos ocorridos nos arredores da adesão e também mostrar a visão dos entrevistados acerca dessa mudança no modelo de gestão, por assim dizer, do sistema local. Ambos contribuem bastante tanto complementar a lógica dos fatos até aqui mostrados e evidenciados, como também para introduzir às conclusões dessa pesquisa.

Começando pela perspectiva dos três entrevistados acerca da implementação do Termo de Compromisso de Gestão<sup>121</sup>, é natural que haja algumas diferenças em razão de seus respectivos posicionamentos e experiências. Contudo, e para além dessas diferenças, é a realidade dos fatos que dará ao leitor o parâmetro de análise da coerência de suas explicações.

Ao relatar sua visão acerca da mudança no modelo de gestão local, a entrevistada B, mais uma vez reitera que os antigos convênios eram subsídios públicos, sem qualquer controle na prestação dos serviços que constavam nos planos de trabalho a eles anexados, conforme mostrado nesse trabalho. Disse ela:

*“Teve (mudança), teve a questão de negociação. Por quê? Uma coisa é você ganhar 400 mil sem muita produção. Vamos botar assim, sem muita produção (...) o que os hospitais queriam: eles iam começar a receber a produção que o Estado ia pagar e os 400 mil virar produção. Não ia te dar 400 mil. Você ia ter que produzir 400 mil. E, às*

---

<sup>121</sup> A adesão ao Pacto pela Saúde, através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e da implementação dos compromissos com ela assumidos é aqui informalmente chamada (pelos entrevistados, pela imprensa, pelos usuários, em geral - e até mesmo informalmente pelo autor desse trabalho - de adesão à Gestão Plena, em razão da facilidade de compreensão ou mesmo da manutenção de algumas das exigências ou mesmo prerrogativas daquela habilitação - quando da vigência das NOBs.

*vezes, a produção de 400 mil é complicada. Porque, às vezes, não é aquilo. Você não consegue produzir. Você, às vezes, produz mais, mas não sabe cobrar, até se adaptar ao faturamento, o faturamento hospitalar é uma coisa complicada. Você tem que saber realmente cobrar, porque senão você cobra errado, ou você não cobra e você perde dinheiro. Então, acho que a maior problemática dessa transição foi isso. Você desmamar os hospitais de receber os 400 mil, de uma certa forma, livre. Passar esse valor que o Estado passava para o Município(...) Esse dinheiro não vem carimbado: dois milhões para a Santa Casa, dois milhões para a Beneficência, não. Ele é flutuante. Então, depende da sua produção, para você receber X.(...) Então, o que é que eu percebi nessa transição: por que os hospitais não gostaram muito? De uma certa forma, e de outra forma eles gostaram porque a Prefeita complementou a Tabela do SUS. Por quê? Passou a saber realmente quanto eles ganhavam. Você conseguir fazer um controle real, quando você regula a consulta do que eles estão produzindo. Por quê? Uma coisa é você ter a regulação ali, uma coisa é ele informar, entendeu? É diferente! Uma coisa ele fala...olha só! Eu te dou a cota de 100 consultas, você só vai trabalhar com 100! Uma coisa é você me dizer:oh, fiz 200 e você não me comprovar. Então, a transição maior foi mudar o jeito de pensar dos gestores hospitalares.”*

Na parte final de sua explanação, a referida entrevistada traz uma informação importante para subsidiar estudos futuros. À luz de tudo o que foi relatado na seção desse trabalho, era de se esperar por um aumento dos conflitos entre compradores e vendedores de serviços, efetivação dos compromissos assumidos no Termo de Compromisso de Gestão, o qual mudou, pelo menos institucionalmente, a lógica que norteava essa relação, nos então dez anos últimos. No entanto, não parece ter sido o que ocorreu.

A entrevistada B sustenta não ter havido perdas para os prestadores, em razão da continuação da complementação da tabela de procedimentos do SUS. A entrevistada B atribui isso a um suposto aumento na produção de serviços, em razão da racionalização na distribuição dos procedimentos e serviços entre os prestadores - de acordo com suas maiores especialidades-, o que obviamente julga como um efeito positivo dessa mudança. Segundo ela, atualmente a única reclamação dos prestadores é com os eventuais atrasos no pagamento, mas não em relação aos valores auferidos.

*“Foi o Dr. Paulo Hirano e Dr. Jair Araújo, numa reunião de Conselho, que eles começaram a discutir isso... Isso veio para discussão na Secretaria e eles começaram a racionalizar, o que eu faço melhor? (...) Então, hoje, eu vou dar um exemplo: hoje, onde era a Maternidade da Santa Casa, é a unidade de cuidados prolongados.*

*Entendeu? É a UCP, é a Unidade de Cuidados Prolongados, que era dentro do Manuel Cartucho. Só que o Manuel Cartucho, estava com problemas de concentração, estava com problema de estrutura e precisava racionalizar, também, o atendimento. Por quê? Um idoso, no Manuel Cartucho, que precisasse de uma UTI, até a ambulância sair da Santa Casa, chegar no Cartucho e voltar para a Santa Casa, o velho morreu. Então, começou a racionalizar os espaços e os serviços. E eu achei interessante. Então, você tem hoje maternidade de alto risco nos Plantadores e Maternidade de baixo risco, Beneficência. Deu uma direção à população, porque, às vezes, entrava na Beneficência uma de alto risco. (...) Então, começou a se acertar, e uma das maiores demandas era o leito de clínica médica. Você conseguiu regular o serviço, você conseguiu quantificar o serviço, você conseguiu fazer uma série histórica do serviço e, hoje em dia, você conseguiu colocar com que os prestadores se falem e se entendam, ou dentro do Conselho, ou dentro do gabinete do Secretário.”*

A entrevistada C tem uma visão diferente das mudanças após a implementação dos compromissos assumidos no Termo de Compromisso de Gestão. Ela alega não ter havido nenhuma mudança, nem nos métodos, nem no formato do Conselho Municipal de Saúde. Embora restrinja sua observação ao âmbito desse órgão, sua abordagem contempla também, sob outra perspectiva, a continuidade do predomínio de forças dos segmentos governo e prestadores.

*“(...) Encontro com alguns Conselheiros e na conversa a história é sempre essa, não mudou nada, o Conselho continua com o mesmo movimento, com a mesma organização, com os mesmos interesses, ou seja, eu digo que o Conselho de Saúde de Campos, ele ainda não se apropriou do seu real poder, ou seja, o poder de pensar nessa política, propor diretrizes para essa política, debater essa política. O Conselho de Saúde de Campos, ele fica na retaguarda, ele fica no acompanhamento das deliberações da secretaria de saúde. falta autonomia, falta uma autonomia no sentido assim, de uma visão do que é esse coletivo, o que é esse poder, compartilhar, enfim. Então ainda aquela ideia de quem é que manda, quem manda? É o secretário. Dele tudo sai né, dele tudo parte, e tudo a ele retorna, olha que poder tem esse sujeito! É uma hierarquia de uma verticalização absurda, diferente da proposta no sistema único.”*

O entrevistado A também entende que a efetivação dos compromissos assumidos no Termo de Compromisso de Gestão não alterou em nada a situação anterior. Contudo, julga isso positivo, como explicitou no diálogo com o autor, transcrito abaixo:

*Entrevistado A: “Não tem problema nenhum porque a Gestão Plena ela facilita uma série de coisas, inclusive a negociação com os prestadores. Ela pode negociar com os prestadores e pagar quanto ela quer na Gestão Plena, não na Gestão da Atenção Básica, na Gestão Básica ela é obrigada a seguir o que está estabelecido na atenção básica, agora na Gestão Plena ele pode comprar serviços e complementar (tabela).”*

*Autor: “Então, intriga mais ainda a razão pela qual o município não tenha aderido...”*

*Entrevistado A: “A única explicação é só essa: incompetência de um lado e inadimplência do outro. E sobra de dinheiro.”*

*Autor: “Mas pergunto outra coisa ao senhor: do ponto vista dos prestadores de serviço, foi melhor ou pior? A Santa Casa, por exemplo, reclamou muito porque com a chamada Gestão Plena acabaram os convênios...”*

*Entrevistado A: “Qual convênio?”*

*Autor: “Os convênios com base naquela lei que o senhor fez passar, acabaram em 2009.”*

*Entrevistado A: “Complementar da tabela? Complementa até hoje, continua complementando até hoje.”*

*Autor: Mas não via convênios, complementa via contratualização.*

*Entrevistado A: “É a mesma coisa...”*

*Autor: “Mas o senhor não acha que mudou? Em termos legais mudou um pouco, ou não?”*

*Entrevistado A: “Mudou não, porque a primeira contratualização feita em Campos fui eu que fiz no Álvaro Alvim com Ministério da Saúde por ser um hospital de ensino.(...) Eu certifiquei ele em 2007 como Hospital de Ensino e pelo ministério da educação e da saúde e aí fiz a primeira contratualização com o ministério da saúde e a secretaria estadual de saúde.”*

*Autor: Por que o município não era pleno, é isso? Foi por isso que envolveu a secretaria estadual?*

*Entrevistado A: “Exatamente por isso que se fosse pleno faria aqui. E aí depois eu estava tentando, foi quando eu saí do Álvaro Alvim em 2008 eu estava tentando fazer uma contratualização com a secretaria municipal de saúde, pegar mais dinheiro da secretaria.*

Na prática, contudo, não foi exatamente esse pensamento do entrevistado A o que se viu por parte dos prestadores de serviços. A mudança do modelo de gestão foi amplamente divulgada na imprensa como adesão à gestão plena, e não agradou aos prestadores de serviços privados. Não só pela mudança do aspecto legal na sua relação com o poder público - foi efetivada a contratualização dos prestadores, conforme previa o Pacto pela Saúde - mas também pela suposta "perda" de receita que teriam.

A primeira unidade a para manifestar-se contra a mudança foi justamente o Hospital Escola Alvaro Alvim (HEAA), vinculado à Faculdade de Medicina de Campos. De acordo com seu então Diretor - o qual sucedeu o entrevistado A no



comando dessa unidade privada de saúde -, a adesão à gestão plena poderia gerar "a desativação de serviços, inadimplência junto aos prestadores e demissões"<sup>122</sup>, visto que o hospital "que recebia R\$400 mil (mês) pelos mais de 16 mil pacientes atendidos, passaria a receber R\$ 231 mil "<sup>123</sup> - esse hospital argumentava ter caráter de exceção em relação aos demais<sup>124</sup>, em função de ser um Hospital Escola, não podendo trabalhar "em cima de produção"0.

A reação dos hospitais conveniados do SUS à mudança nos parâmetros da gestão dos serviços de saúde no município teve como estratégia principal exatamente o que foi dito há pouco, no fim da seção anterior: usar o poder derivado do controle dos leitos eletivos e dos procedimentos de média e alta complexidade para pressionar o poder público, através da estrangulação dos serviços públicos de saúde: por um lado, dificultando a marcação de consultas pelo SUS em suas unidades; e por outro, sobrecarregando os hospitais públicos – cuja maior parte dos atendimentos é de procedimentos de urgência e emergência, negando as transferências, sob variadas alegações.

A adesão ao novo modelo de gestão levou à mudança na lógica alocativa dos recursos, pelo menos em um período mais imediato, especialmente por de ter acabado com os repasses via convênios às instituições hospitalares. Além disso, uma das condições para assumir esse novo modelo de gestão era implantação dos núcleos de regulação dos leitos pelo município. E isso também não agradou em nada à categoria médica, em particular.

Essa exigência começou a ser desenhada logo no início de 2010, com a ativação da Central de Regulação de Vagas e com a implantação dos Núcleos Internos de Regulação (NIRs) em cada uma das unidades conveniadas. Embora tenha demorado um pouco a se efetivar, esse novo movimento foi motivo de grande resistência dos médicos, muitos dos quais eram conhecidos como "donos das enfermarias".

---

<sup>122</sup> Jornal Folha da Manhã de 30/10/2009 – Anexo 12

<sup>123</sup> Jornal Folha da Manhã de 04/11/2009.

<sup>124</sup> No dia seguinte, em 05/11/2009, usando o mesmo meio de comunicação, o então secretário de saúde saiu em defesa da mudança, declarando que não seria dado nenhum tratamento diferenciado a qualquer unidade hospitalar e, ainda, que "se a instituição se programar para atender mais à população, terá maior aporte de recursos da Prefeitura". A postura do secretário de saúde, de enfrentamento aos prestadores de serviços de saúde – inclusive aos médicos, deverá ser notada pelo leitor na sequência dessa seção, e será comentada adiante, no contexto desse período de mudança do modelo de gestão do sistema de saúde municipal.

Isso porque boa parte desses profissionais - individualmente, em grupos ou em categorias - controlavam informalmente os leitos das unidades filantrópicas e sem fins lucrativos, num acordo de soma positiva entre os mesmos e essas instituições. Dessa forma, esse conflito trouxe definitivamente à evidência o poder corporativo da categoria médica, diretamente afetada pela medida.

Já vimos anteriormente que o poder da categoria médica e suas influências no campo da saúde não são uma particularidade local ou nacional, mas afeta estruturalmente os sistemas de saúde de todos os modelos e em todos os países, em maior ou menor grau, a depender da força do comprador de serviços. Mas o aspecto para o qual queremos chamar a atenção do leitor é o seguinte: no caso local, até então esse poder vinha sendo exercido quase implicitamente, fazendo valer através de acordos vantajosos, mas sempre através das instituições – fossem elas o Conselho Municipal de Saúde ou os hospitais conveniados, por exemplo – ou através de movimentos de caráter coletivo, como a “Frente Ampla da Saúde”.

As Sociedades Médicas e o próprio sindicato da categoria sempre estiveram presentes em apoio a todos os movimentos no campo da saúde, mas, até então, a maior parte dos ônus dos conflitos com o poder público ficaram com terceiros – sem isso significar que, para esses terceiros, os ônus dessa aliança tenham sido maiores que os bônus. Muito pelo contrário: no final, todos ganhavam, num grande jogo de soma positiva. Vejamos alguns exemplos, a título de elucidação do argumento.

Quanto aos convênios com os hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos: quem liderou a aprovação da emenda no orçamento de 2003? O sindicato dos médicos. E os beneficiários mencionados? Os hospitais em dificuldade financeira e a população pobre, que depende destes e do SUS. De quem foi o ônus do embate com o poder público, durante todo esse tempo de convênios? Dos hospitais, apenas. Quem ameaçou parar o atendimento a essa população? Os hospitais. E quais seriam os supostos únicos perdedores, na hipótese da não renovação dos subsídios? Os hospitais e a população – o que não é verdade.

Quem cobra a “consulta social” e por que? Os hospitais<sup>125</sup>, porque o SUS paga muito pouco pela consulta do médico. E o médico? É assalariado do hospital e/ou subsidiado pelo poder público através dos convênios que complementam a tabela e/ou é um profissional liberal qual recebe 60% do procedimento. O “quinto

---

<sup>125</sup> Logo adiante será relatado o caso de um médico que foi preso em flagrante por cobrança de “consulta social”. O argumento do seu advogado para conseguir o habeas corpus foi de que a cobrança era feita pelo hospital, e não pelo profissional.

poder”, criado no Conselho de Saúde local para abrigar lideranças médicas do movimento “Frente Ampla da Saúde”, ligadas à Faculdade de Medicina, representa a quem? A todos os formadores de recursos humanos de Campos dos Goytacazes. Então, a quem interessa a manutenção dessa formação? A todas as categorias, não apenas à médica.

Necessário esclarecer o de sempre: não temos aqui qualquer intenção de nos referir à categoria médica como vilã do que ser que seja – todas as categorias profissionais tiveram ganhos com esses arranjos -, mas tão somente mostrar as estratégias de poder desses atores no contexto do ambiente político-institucional local, entendendo que qualquer outra categoria profissional faria o mesmo nessas circunstâncias - e de fato o fazem, na medida de seus respectivos poderes.

Não são menos corporativistas, por exemplo, os odontólogos e os assistentes sociais, dentre outros. A diferença é que a força corporativista dessas demais categorias vem do engajamento político junto ao Estado e do grande volume de profissionais - inclusive em Campos dos Goytacazes, município possui esses profissionais em número muitíssimo superior ao necessário. Isso garante inúmeros privilégios e menor visibilidade. Em suma, embora seja indiscutível a maior força da corporação médica, o que chamamos a atenção nesse trabalho é para o pragmatismo que caracteriza o comportamento de todos os atores, profissionais ou instituições, buscando maximizar seus ganhos.

Voltando ao ponto inicial, a efetivação do Termo de Compromisso de Gestão – particularmente com a implantação dos núcleos de regulação nos hospitais, a suspensão dos convênios, dentre outras exigências - de alguma forma afetou a estratégia até então utilizada pela categoria médica, a qual teve que assumir a frente dos embates com o poder público. Esses embates, aliás, não foram menos intensos do que aqueles até então travados diretamente pelos hospitais, chegando ao ponto de suscitar uma interferência da Promotoria de Justiça na relação entre os conveniados e o poder público. No mês de abril de 2010, um Promotor local convocou as partes para uma audiência, a qual tinha como motivação, por um lado, uma suposta falta de médicos nas unidades conveniadas e, por outro, a superlotação dos hospitais de urgência e emergência do município.

Em que pese a referida autoridade ter chamado ambas as partes à responsabilidade pela provisão dos serviços – no caso do poder público, advertindo-o acerca de seu papel como supervisor e fiscalizador da Central de Regulação de

Vagas, por exemplo -, foram os prestadores de serviços, tanto os médicos como os hospitais, aqueles mais duramente responsabilizados e cobrados. De acordo com a matéria de um periódico local, a referida autoridade atribuiu a situação a um problema de gestão dos hospitais:

*“Se falta médico para receber pacientes transferidos do HFM ou do HGG, esse é um problema de gestão dos hospitais conveniados. Que demitam e contratem outro médico que possa trabalhar no feriado. É simples. O que não pode é o HFM ser, no final das contas, o administrador de toda rede. Tem que haver seriedade para prestar o serviço que foi acordado que seria prestado.”*

Apenas dois dias depois, em outra matéria do mesmo jornal, o sindicato dos médicos viria abrir nova frente de batalha com os gestores públicos, denunciando as condições precárias de trabalho e a inexistência de um plano de cargos, o que estaria levando esses profissionais a buscarem novos locais de trabalho, fora do município. Nessa oportunidade o então secretário de saúde, que implementou os compromissos assumidos através do Termo de Compromisso de Gestão, respondeu às pressões dos colegas de profissão, dizendo que “péssimas condições de trabalho existiam antes da gestão atual, e nunca foram questionadas pelo Sindicato dos médicos”.<sup>126</sup>

O período final do mês de abril de 2010, véspera da real efetivação da regulação de leitos, que passaria a acontecer no mês de maio seguinte<sup>127</sup>, foi marcado por intensa pressão dos prestadores de serviços, inclusive pela imprensa. Uma outra reportagem do mesmo periódico local<sup>128</sup> merece especial destaque por evidenciar um antigo problema do sistema de saúde local, cujos desdobramentos vieram a acontecer no ano seguinte. A referida edição trouxe uma sugestiva chamada que dizia: "Mais um capítulo da gestão plena de problemas na saúde de Campos".

A foto que ilustra a reportagem mostra uma intensa manifestação da população na porta do ambulatório da Santa Casa de Misericórdia, atribuindo o caos à gestão plena, "apesar dos frequentes elogios das autoridades de Campos ao sistema de saúde do município", dizia o periódico. Mas é o depoimento da paciente

---

<sup>126</sup> Jornal Folha da Manhã do dia 30 de abril de 2010

<sup>127</sup> Embora a Central de Regulação tenha sido inaugurada em fevereiro daquele ano, ainda estava em período de implantação e adaptação e, portanto, não funcionava integralmente.

<sup>128</sup> Jornal Folha da Manhã do dia 26 de abril de 2010

Angela dos Santos, de 62 anos o aspecto mais revelador dessa matéria. A usuária do SUS declarou: "Estou morrendo sem recursos. Paguei R\$ 180,00 por um exame no hospital e estou há 15 dias tentando mostrar o (sic) médico".

De maneira involuntária, a própria paciente denunciou que havia pago R\$180,00 por um exame no hospital e estava sem conseguir mostrar ao médico do SUS, o qual provavelmente a tenha se consultado e demandado o procedimento. A mais provável razão dessa situação pode na estar já conhecida cobrança por consultas especializadas e exames complementares no município de Campos dos Goytacazes – RJ, pejorativamente chamada de "consulta social".

Conforme foi relatado no capítulo anterior, a "consulta social" é um grave problema no sistema de saúde local, do ponto de vista de seus impactos negativos sobre a equidade. Inicialmente a cobrança da "consulta social" foi vista pelos prestadores como um direito dos mesmos, no sentido de não serem exclusivos do SUS. Posteriormente, foi considerada como uma "prática indesejável", a qual serviu como justificativa para a continuidade dos repasses financeiros, via convênios. Ao que parece, a cobrança persistiu mesmo depois de sete anos ininterruptos de vultosos subsídios públicos aos prestadores filantrópicos e sem fins lucrativos<sup>129</sup>.

Um fato novo, contudo, aconteceu em novembro do ano 2011, quando um ortopedista foi preso em flagrante, em um dos hospitais filantrópicos, acusado de cobrar R\$160,00 de uma mãe, para consultar, fazer um Raio X e retirar um pino do braço de sua filha de apenas 10 anos, que havia sido operada pelo SUS. O episódio deflagrou o mais contundente enfrentamento entre os médicos, de um lado, e o Ministério Público Estadual com o apoio do poder público municipal, do outro.

Esse acontecimento explicitou o poder corporativo dessa categoria, e embora o mesmo tenha acontecido em 2011<sup>130</sup>, reiteramos a importância de relatá-lo em sua integralidade pelo fato de o mesmo evidenciar a força dos prestadores de serviços no sistema de saúde local.

Há de se destacar que as relações embrionárias entre os médicos e os hospitais filantrópicos e universitários se colocaram em seu momento mais

---

<sup>129</sup> Conforme reportagem do Jornal Folha da Manhã, do dia 29 de dezembro de 2004.

<sup>130</sup> Em todo esse período talvez a única manifestação pública de alguma autoridade a respeito do problema foi no ano de 2004, quando, às vésperas de sua posse, o recém-eleito Prefeito Carlos Alberto Campista prometeu acabar com a "consulta social" a partir de seu mandato. Contudo, conforme já explicitado, esse Prefeito ficou menos de cinco meses no cargo. O fato curioso desse período é que o então Prefeito Arnaldo Vianna, que deixava o cargo, logo no mês de março seguinte passou a integrar a equipe de médicos disponíveis para "consulta social" pelo Hospital Plantadores de Cana.

vulnerável em toda a era dos royalties. Ao mesmo tempo, chegava ao ápice o tensionamento entre os prestadores de serviços e o gestor da saúde local, o qual vinha assumindo uma postura bem mais combativa do que seus antecessores.

Alguns dias após a prisão do ortopedista, um grupo de 32 médicos publicou na imprensa escrita um manifesto intitulado “Um grito de socorro em favor da dignidade na saúde”. Nesse documento, o pequeno grupo de médicos repudiava o que consideravam como um descaso das entidades de classe na defesa do colega de profissão, ao mesmo tempo em que os convocava a suspender o atendimento pelo SUS.

A reação do Promotor foi bastante dura, chamando a “consulta social” de propina. Na própria reportagem e em uma “Nota de esclarecimento”, publicada na mesma edição do periódico<sup>131</sup>, ele disse:

*“Lamento que a classe médica se mobilize em apoiar um crime que prejudica a sociedade. Vamos reagir à altura.”*

*“A má remuneração do SUS aos procedimentos médicos, causa contra a qual, ao longo de mais de 10 anos de Tutela Coletiva, sempre briguei ao lado da classe médica, não justifica a exigência de “propina”, eufemisticamente chamada de “consulta social, a pacientes atendidos pelo SUS, que ainda que pouco, já pagou pelo procedimento, do qual a consulta pós-operatória para retirada de “pinos” faz parte”.*

Após ameaçar os médicos que aderissem à paralisação proposta com “novas prisões em flagrante, até mesmo por crime de homicídio doloso”, o Promotor sugeriu que “o episódio em destaque deveria servir de reflexão e não de manifestações obnubiladas por lamentável e acrítico corporativismo, que (em) nada contribui para a merecida valorização da classe médica”. Ao mesmo tempo, o então secretário de saúde envolveu os hospitais no conflito, seguindo a mesma linha de argumentação do Promotor no episódio anterior, ou seja, responsabilizando-os por qualquer eventual falta de médicos. Disse o gestor, nessa matéria:

*“Existe uma contratualização de serviços com estes hospitais credenciados, mas o que acontece lá é prerrogativa de cada um. Não podemos cobrar qualquer que seja o atendimento do profissional médico, mas sim dos hospitais que se predispôs a fazê-lo.”*

---

<sup>131</sup> Jornal Folha da Manhã do dia 12 de novembro de 2011.

Sem dúvidas, a forte reação das autoridades ao manifesto do grupo de apenas 32 médicos teve o efeito mobilizador de toda a categoria, a qual se sentiu atingida pelo tom de enfrentamento adotado pelas autoridades. Assim, o grupo de médicos acabou alcançando seu intento de maneira imediata, e os conflitos se intensificaram sobremaneira nos dias seguintes. Do lado dos profissionais, os mesmos sinalizaram um recuo do movimento de greve, num primeiro momento, alegando que cumpririam primeiro toda a agenda de procedimentos já marcados. No entanto, possivelmente tenha sido essa uma estratégia preventivamente defensiva, em razão da firme ação dos poderes Judiciário e Executivo sobre o problema da cobrança por procedimentos aos usuários do SUS.

Enquanto ainda mantinha preso o ortopedista, a justiça, através do Ministério Público Estadual, determinou que o Grupo de Apoio à Promotoria (GAP) vistoriasse os hospitais conveniados ao mesmo tempo em que instaurava um novo inquérito civil público para rastrear as “consultas sociais” dos então 30 dias últimos<sup>132</sup>. De acordo com o Promotor, o objetivo era averiguar se algum paciente teria sido constrangido a pagar pela consulta - ou, noutras palavras, se teriam escolhido a “consulta social” por livre e espontânea vontade -, e, em caso positivo, se haveria alguma participação do hospital na irregularidade.

Ao mesmo tempo, o secretário municipal de saúde também ampliava a pressão sobre os hospitais, afirmando que a complementação da tabela, paga pelo município, não era uma obrigação, e que a responsabilidade pela contratação dos médicos é dos hospitais conveniados<sup>133</sup>.

Disse o então secretário de saúde, na edição do jornal Folha da Manhã do dia 15 de novembro de 2011<sup>134</sup>:

---

<sup>132</sup> Anexo 17

<sup>133</sup> A entrevistada B, a qual acompanhou praticamente todos os secretários de saúde desde o ano 2000, ao ser perguntada se teria havido algum custo político na transição, respondeu que sim, e destacou o perfil desse secretário: “*Paulo Hirano era brigão...Ele brigava e ele era interessante. Ele ia para o Estado. Gente, ele questionava, ele brigava, ele discutia, ele enlouquecia qualquer cidadão. Mas ele corria, para que aquilo ali desse certo. Não estou falando que os outros não façam (...)*”. A julgar pelas reportagens dos jornais, a postura do então secretário de saúde é bastante diferente do posicionamento aparentemente subserviente dos anteriores, o que corrobora a análise da entrevistada B. Por outro lado, o contexto era também diferente, ou seja, após anos e anos de subsídios, o poder público continuava sendo responsabilizado pelos problemas na saúde e especificamente nos prestadores conveniados, ficando com quase todo o ônus da situação. Noutras palavras, poderia fazer sentido, politicamente, o enfrentamento – no fim das contas, os prestadores de serviços realmente ficaram mais expostos com essa estratégia. Isso não contraria, contudo, o mérito do secretário nesse sentido, nem desmerece seu perfil mais combativo, apontado pela entrevistada.

<sup>134</sup> Anexo 16

*“O contrato da prestação de serviços de saúde pública é celebrado entre o município e os quatro grandes hospitais conveniados: Santa Casa de Misericórdia de Campos, Beneficência Portuguesa, Plantadores de Cana e Álvaro Alvim. A escolha dos profissionais que prestarão esses serviços é uma prerrogativa dessas instituições, não da Prefeitura. Mas se, por um motivo ou outro, os serviços deixarem de ser prestados, serão os hospitais que arcarão com as consequências desse descumprimento”.*

Da parte dos médicos, a categoria decidiu por politizar o debate, no sentido literal, fazendo o assunto chegar à Câmara de Vereadores. Talvez essa estratégia tenha sido adotada por ter sido bem sucedida até então, mas certamente que a categoria estava diante de uma situação inédita, seja do ponto de vista legal, pelo frágil argumento jurídico para o caso do médico que permanecia preso -, seja por ter perdido o apoio da opinião pública ou, ainda, pela postura de enfrentamento do poder público - especialmente por parte do secretário de saúde, cuja posição de maior firmeza já se manifestara desde antes do episódio.

Seria bastante razoável dizer que as três vertentes se somaram naquele momento. Essa premissa parece ficar bastante clara no relato do então presidente do Sindicato dos Médicos, em uma matéria pela imprensa<sup>135</sup>:

*“Fomos ameaçados e colocados como réus à sociedade. O clima está tenso para a categoria, que está trabalhando sob ameaça de prisão, e os pacientes desconfiados”.*

Dois dias depois dessa declaração, as entidades representativas dos médicos, especificamente a Associação Fluminense de Medicina e Cirurgia, o Sindicato dos Médicos e o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, publicaram um manifesto em conjunto em defesa do colega de profissão, tal como queria o grupo de 32 médicos que iniciou esse movimento<sup>136</sup>. Além dessas entidades citadas, também subscrevia o documento o Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Estabelecimentos de Saúde do Norte Fluminense.

Algumas especificidades são importantes de ser destacadas nesse manifesto: uma delas é o fato de que o Sindicato dos Hospitais foi a mesma entidade que apresentou a proposta de emenda orçamentária do ano de 2003, gênese de parte da lógica alocativa e da respectiva configuração do ambiente político-institucional

<sup>135</sup> Jornal Folha da Manhã do dia 18 de novembro de 2011.

<sup>136</sup> Anexo 18



que esse trabalho buscou entender. Outra, foi o título da nota – “Manifesto em defesa de saúde com qualidade para a população”.

Em que pese o caráter coletivo do título, o teor do documento mencionava questões específicas como: a defesa da cobrança da “consulta social” - “um relevante serviço à população”; a “defesa do exercício profissional, que deve ter asseguradas (sic) a liberdade e a autonomia, desde que cumpram os preceitos legais, morais e éticos”; “o bom uso do dinheiro público e por mais recursos para a saúde”; “medidas que garantam a sobrevivência dos hospitais” e, claro, a defesa do médico ortopedista ainda preso, dizendo que as consequências da conduta do Ministério Público “não se retringem (sic) ao prejuízo à imagem do profissional, mas atingem (sic) em cheio toda uma categoria, que trabalha duro para cumprir seu compromisso com a população”<sup>137</sup>.

Um dia após a referida manifestação das entidades da classe médica, o Promotor publicou sua segunda e mais dura nota, reiterando a irredutibilidade da posição da Justiça no caso em questão. Optamos por transcrever abaixo algumas partes da mesma, a fim de dar a real dimensão do enfrentamento:

*“Só se sente atemorizado o médico que eventualmente adote a prática criminosa pela qual aquele outro foi preso. O anúncio dessas inspeções, todavia, está longe de ser uma ameaça a qualquer um e sim, um alerta para que reflita sobre sua conduta e evite ter o mesmo destino do outro colega, o que, se necessário, ocorrerá novamente, pois, como dito, o Ministério Público não vai mais admitir que esta prática continue a acontecer nos hospitais conveniados ao SUS em Campos.(...)”*

*“Uma criança de cerca de dez anos, operada pelo SUS, que teve que pagar a “consulta social” para tirar os pinos e o gesso, sob pena de, em não pagando, ter que esperar cerca de três meses para a retirada deste material, pelo mesmo médico que se negava a atender ao pós-operatório gratuitamente, porém, pagando, o fez com bastante presteza. Desafio as entidades já mencionadas a se pronunciarem sobre este fato, objetivamente, e dizerem se acham correto este procedimento do médico em questão.(...)”*

*“O que é capaz de abalar tais elementos (a confiança e a credibilidade na classe médica) é a reação obnubilada de seus pares, parecendo querer fazer crer que a atitude combatida está correta. É isto que deixa perplexa a população, não a atitude deste Promotor que, simplesmente, prendeu em flagrante o autor de um crime, num episódio pontual e isolado, que assim foi tratado pelas autoridades que nele se envolveram.”( ...)*

*“É hora de deixar a hipocrisia de lado! Se não se pode censurar uma conduta ilícita de seus pares, porque o corporativismo não deixa, então, pelo menos, que não se perca a oportunidade de ficar calado.”*

---

<sup>137</sup> Jornal Folha da Manhã do dia 20 de novembro de 2011

Resumindo, a tentativa de politizar o debate, vinculando os interesses da classe médica (e dos prestadores privados, com ou sem fins lucrativos) aos da população, como se ambos fossem os mesmos, era nada mais do que a repetição da estratégia há anos utilizada, a qual era sustentada por uma retórica de caráter altruísta e coletivo, mas cujo objetivo real sempre foi o de manter o *status quo*, ou seja, a preservação das relações hierárquicas de poder, alimentadas por práticas patrimonialistas, clientelistas - e outras tantas, de natureza igualmente nada republicana -, inclusive no campo da assistência médica, área que hoje representa boa parte da elite do setor de serviços que emergiu na era dos royalties.

O evento da prisão do médico pela cobrança da “consulta social” reitera o quanto são fortes os interesses privados e corporativistas - sejam de cunho econômico e/ou político -, e como eles se mostram travestidos de objetivos coletivos para buscar a legitimação da sociedade. O exemplo também leva à reflexão acerca da necessidade da participação do Poder Judiciário no processo de amadurecimento institucional local, tendo em vista inclusive os formatos dos arranjos alocativos e dos acordos celebrados no período estudado, os quais foram mostrados à larga nesse trabalho.

Caminhando para as conclusões desse estudo, o propósito dessa última seção não foi fazer análises sobre os eventos ocorridos após 2009, mas contextualizá-los com os fatos e com os arranjos e acordos evidenciados no período delimitado nessa pesquisa, assim como, com esse mesmo propósito, retomamos à época da municipalização do sistema de saúde local, em 1989.

Ao longo da pesquisa, evitamos em todo momento a busca por culpados ou inocentes, buscando abordar os fatos com o pragmatismo necessário para entender a lógica da configuração do ambiente político-institucional local à luz dos interesses de cada ator, sem ideologias ou juízos de valor. Naturalmente que isso não significa deixar de atribuir a cada parte a parcela de responsabilidade que lhe cabe, desde que ressaltando que todos são igualmente responsáveis, na medida em que a todos os atores interessou a manutenção de seus ganhos nesse amplo jogo de soma positiva que caracterizou a relação entre compradores e vendedores de serviços, no período estudado.

Não há dúvidas, por exemplo, de que a dependência de trajetória da força do prestador privado na provisão dos serviços de saúde brasileiro foi determinante para a manutenção do sistema local no *status quo* anterior ao SUS. É interessante notar que isso não se deu apenas em razão do aumento do volume de recursos, a partir da chamada “Lei do Petróleo”, mas desde o processo de municipalização do sistema de saúde, nos arredores de 1989.

Conforme foi mencionado nesse trabalho, o cerne do movimento político que influenciou esse referido processo estava vinculado às representatividades dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços, ambos vinculados à instituições acadêmicas, especialmente, num primeiro momento, à Faculdade de Odontologia e à Faculdade de Medicina. Essa última instituição, em particular, além de ser desde então mantenedora de um Hospital Escola, credenciado do SUS, teve um papel determinante na formatação atípica do Conselho de Saúde do município, modelo que se preserva desde a sua implantação até os dias atuais.

É fato que, à força corporativa dos prestadores de serviços e dos profissionais, em geral, somou-se a forte influência política desses vendedores de serviços. Bem articulada inicialmente pelo movimento intitulado “Frente Ampla da Saúde”, a estratégia política passava, por um lado, pela comunicação com a opinião pública, e por outro, pelo lobby junto à Câmara de Vereadores local, a qual deu suporte a absolutamente todas as reivindicações dos prestadores de serviços. Ou seja, queremos dizer que as bases que sustentavam a força desse segmento permitiram que suas demandas tivessem a legitimidade necessária para serem consideradas como sendo também as da população em geral, pelo menos até 2009.

Por outro lado, se é verdade que as decisões alocativas tenham em boa parte sido constrangidas e direcionadas pela força dos prestadores de serviços privados, os quais controlavam substancial e estratégica parte dos recursos, o Chefe do Executivo municipal também passou a concentrar um alto grau de poder político e econômico, a partir do aumento exponencial do financiamento do sistema de saúde local, com a receita de royalties do petróleo.

Esse fato, somado à dependência direta dos hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos dos recursos públicos fortaleceu a capacidade do gestor da saúde local ter maior controle do processo decisório, em termos de alocação de recursos, o que acabou não acontecendo. Ou seja, os arranjos e acordos que ajudaram a configurar

a trajetória do sistema de saúde local, no período estudado, tiveram a aquiescência, deliberada ou não, do poder público, para além da força do setor privado.

Queremos dizer que o aumento exponencial do financiamento público do sistema de saúde local deu ao município a rara oportunidade, no caso brasileiro (e aqui está uma das justificativas e a relevância desse trabalho), não apenas de expandir o acesso universal ao sistema de saúde como a de ampliar seu poder de regulação nesse sistema, mesmo tendo pela frente um potente setor privado que controlava – e ainda controla – a prestação de serviços de saúde local. Com efeito, o poder público local tinha força para isso, na era dos royalties abundantes.

Explica-se melhor: tomamos como referência os resultados da experiência das reformas sanitárias nos sistemas universalistas europeus, na década de 80, nos quais o SUS se inspirou teoricamente. Conforme mostrado no trabalho, nesses sistemas de saúde, majoritariamente públicos, a universalidade no acesso foi mantida, mesmo com a hegemônica orientação liberal que norteou aquelas reformas, por ter ficado preservada a força do Estado como financiador e regulador dos serviços de saúde.

Ou seja, a separação entre o financiamento e a provisão dos serviços de saúde não impediu que o Estado garantisse aos seus tutelados o direito universal à saúde. Claro, essa é apenas uma referência teórica, assim como foi aquela que orientou a formação do SUS, em um contexto local absolutamente diverso e até mesmo inverso, em termos de valores, engajamento social, cultura política, etc. Evidentemente, a experiência prática é outra, mesmo mantidas as premissas teóricas, como mostrou o caso de Campos dos Goytacazes – RJ.

Não se pode alegar, contudo, que as escolhas feitas pelos gestores locais, especialmente no início do ciclo de crescimento das receitas tenham sido por falta de alternativas. Elas existiam, especialmente e razão do financiamento público, e poderiam facilmente contemplar critérios técnicos e políticos, assim como atender aos interesses dos atores econômicos e aos da população. Mas, por parte dos gestores, foram escolhas políticas, não importa se conservadoras ou inovadoras.

Dois eventos podem ser destacados como exemplos: o primeiro tem a ver com a opção por manter o esquema consolidado desde antes do SUS, ou seja, de financiar a expansão do setor privado, garantindo a compra posterior dos serviços – uma escolha “conservadora”, portanto. Foi o caso, por exemplo, dos leitos de neonatal, especificamente os de UI e UTI. Conforme mostrado no Capítulo 2, em

1999 não havia nenhum leito de UI e UTI neonatal no município. Dois dos hospitais conveniados – primeiro o Hospital dos Plantadores de Cana (HPC) e posteriormente a Beneficência Portuguesa – passaram a oferecer tais leitos mediante remuneração específica via convênios.

Nessa mesma direção, foi possível perceber que a totalidade dos procedimentos de obstetrícia continuou concentrada nos prestadores privados, principalmente nos filantrópicos e sem fins lucrativos. A implicação da manutenção dessa formatação vai além da questão da forma de financiamento ou algo correlato. Significa o controle, pelo privado, de um recurso crítico, o qual é também disputado por operadoras de planos e seguros de saúde, sendo por isso uma importante moeda de troca na negociação com o poder público.

A fragmentação do sistema de saúde local, tanto no sentido de manter os leitos eletivos com os privados, a atenção básica na administração direta e os hospitais públicos (cuja maior parte dos serviços é de urgência e emergência) na administração indireta, quanto no sentido de ter três gestores com *status* de secretários de saúde, é outro exemplo de escolhas feitas pelos gestores – essa, por sinal, bastante inovadora. Especialmente nesse exemplo, o trabalho não deixa dúvidas sobre a importância dessa estratégia, tanto para a configuração do ambiente político-institucional quanto para a forma de organização dos serviços de saúde local.

Também aqui o poder público acabou refém das próprias escolhas precedentes. Essa forma de estruturação do sistema de saúde local manteve a separação entre os cuidados preventivos e os curativos, preservando ainda a ruptura que existia antes do SUS entre as ações de caráter coletivo (saúde pública) e as de caráter individual (assistência médica). Na verdade, essa segmentação não apenas se manteve, mas se consolidou ao longo do tempo, pois a aplicação de recursos na administração indireta, embora tenha continuado a ser uma conveniência política, passou a ser também uma necessidade imperativa.

Isso porque, com o colapso no PSF, desde 2007 e com os procedimentos eletivos de média complexidade sob o controle do setor privado, dentre outras razões, a rede de urgência e emergência passou a ser mesmo a porta de entrada do SUS, conforme exposto no documento emitido entre os três secretários de saúde, em 2011. Vale lembrar que a administração indireta passou a responder por praticamente a metade dos recursos aplicados na saúde.

Além disso, o fato de o Hospital Geral de Guarus ter se tornado prioritariamente uma unidade de emergência - diferente de sua proposta inicial, de ser um suporte ao PSF e de atuar nos gargalos do SUS -, manteve praticamente todos os leitos eletivos em poder do setor privado, conservando o empoderamento deste no jogo de forças com o comprador de serviços. Uma das consequências mais visíveis dessa lógica é o estrangulamento da porta de saída desses hospitais públicos, em diversas especialidades, particularmente na de traumato-ortopedia, no caso do Hospital Ferreira Machado - também uma importante moeda de troca dos prestadores.

De novo: era um movimento que poderia ser evitado, ou pelo menos minimizado, mesmo considerada a força dos prestadores privados de serviços. E, para isso, havia estratégias possíveis para todas as ideologias: ampliação da propriedade pública dos meios de produção dos serviços; introdução de mecanismos de competição entre os prestadores – aqui especialmente os privados, com ou sem fins lucrativos, principalmente nas especialidades mais críticas; ou ambas as estratégias, se houvesse os dois tipos de prestadores – nesse caso, o Hospital Geral de Guarus poderia ter sido uma unidade reguladora do sistema e/ou um “concorrente” das unidades privadas -, caso mantivesse sua proposta inicial de ser um hospital geral.

Reiteramos nesse momento de conclusão aquilo que dissemos ao longo do trabalho contexto inicial: a rigor toda essa lógica alocativa – e possivelmente também a dinâmica da configuração do ambiente político-institucional – seria diferente se a decisão de fazer todos esses acordos com os prestadores, fosse substituída pela decisão de habilitar o município na então gestão plena de seu sistema de saúde, por exemplo. Mais do que uma mudança no formato institucional das relações entre compradores e vendedores de serviços, essa escolha no mínimo sinalizaria o norte que os gestores desejariam dar às políticas de saúde locais – do mesmo modo que sinalizaram com a opção escolhida.

Obviamente, não é nosso propósito aqui falar do que poderia ter sido, se não o suficiente para complementar as análises feitas. Ou seja, para alcançar os objetivos propostos para esse trabalho, respondendo às questões neles contidas. Para isso, houve a preocupação de escolher uma metodologia que propiciasse a abordagem dos fatos a partir de fontes diversas, complementares e convergentes e, por consequência, permitisse uma análise segura da configuração do ambiente

político-institucional na saúde local e da dinâmica da relação público-privada, no período de 1999 a 2009.

Nesse sentido, foi possível responder às questões postas por esse trabalho. Começamos pelo fim, ou seja, pelas razões que levaram o município a assinar o Termo de Compromisso de Gestão, em 2008, e a implementar, no ano seguinte, os compromissos nele assumidos. Responder a essa questão requer trabalharmos com a convergência de alguns elementos, os quais se fundamentam em fatos objetivos. O primeiro deles: não foi a diminuição dos recursos com royalties a razão da decisão. As receitas oriundas dessa fonte continuaram a aumentar até 2014, começando a decrescer a partir de então.

Podemos afirmar, com segurança, que o fato de os efeitos da Lei municipal 6899/99 se expirarem ao fim do ano de 2009 contribuiu diretamente para essa decisão – ou pelo menos para fortalecê-la. Isso porque, por um lado, a prescrição da referida lei impedia a continuidade de todos os repasses da forma como estavam sendo feitos aos prestadores privados; por consequência, tornaria sem efeito legal a maior parte dos acordos e arranjos constituídos até então, por ela respaldados.

Ou seja, para a continuidade daquele *status quo* haveria a necessidade não apenas da reedição da referida lei, mas também de (re)negociar a provisão dos recursos nos orçamentos, junto à Câmara de Vereadores, e, ainda, de manter tanto o formato dos convênios quanto o teor do acordo feito através do Termo de Ajustamento de Conduta de 2003 - aquele que contemplou os interesses e os ganhos dos prestadores privados com fins lucrativos, excluídos pela referida lei. Reverter esse quadro seria uma longa trajetória a ser trilhada – certamente com altos custos políticos, porque dez anos depois o contexto obviamente era outro. Não necessariamente melhor ou pior. Mas diferente.

De uma forma ou de outra, portanto, todas as premissas sobre as quais haviam se desenhado as decisões alocativas nos últimos dez anos mudaram com a expiração da referida lei. Obviamente não estamos dizendo que as lógicas alocativas necessariamente também mudaram de imediato (não é parte desse trabalho avaliar isso), mas sem dúvidas isso no mínimo exigiu uma mudança de estratégia dos prestadores de serviços, mesmo mantendo seu poder por continuar a controlar os leitos eletivos e outros serviços estratégicos no município.

Por outro lado - e aqui é uma hipótese, embora muito provável e lógica -, o jogo de soma positiva que sustentou toda a configuração político-institucional da

última década parecia ter começado a ruir. E nesse caso, aqueles que supostamente estariam perdendo não eram os prestadores de serviços – nem os privados, nem os públicos -, mas o comprador dos serviços.

Explica-se: olhando em retrospectiva, o período de vigência da lei representou um grande ganho financeiro para os prestadores de serviços, especialmente os privados. Foram inúmeros repasses especiais, individuais e coletivos, geralmente em forma de convênios, nas condições outrora explicitadas nesse trabalho. Passados dez anos, os problemas que geraram as reivindicações por mais recursos não só pareciam continuar os mesmos como ainda sustentavam a retórica dos prestadores: a “teoria do caos” era a principal arma para pressionar o poder público junto à opinião pública.

Aqui reside a gênese de nossa argumentação. Ao longo dos anos, o comprador dos serviços parecia não mais estar tendo os ganhos políticos que almejava - certamente não na mesma proporção com que os prestadores mantiveram seus ganhos econômicos. Mais que isso, parece ter ficado o gestor público com um crescente ônus de não resolver o “problema da saúde”, mesmo dispondo de tantos recursos de royalties, e tendo aumentado exponencialmente a aplicação desses na área da saúde.

Noutras palavras, à percepção real da população acerca das dificuldades de acesso – PSF desabilitado, cobrança de exames de média complexidade e de consultas de especialidades pelos contratados, hospitais públicos (urgência e emergência) cada vez mais lotados, adicionaram-se os efeitos da constante retórica dos prestadores, logrando indiscutível êxito ao serem percebidos também como vítimas de um único responsável por aquele caos: o poder público.

Ou seja, a lógica de continuamente injetar expressivos recursos no sistema de saúde local e continuar sob pressão da opinião pública e dos prestadores possivelmente tenha passado a configurar um jogo de soma zero, em desfavor do comprador de serviços. Essa lógica, aliada aos outros fatores acima elencados – a expiração da lei 6899/99 e suas consequências – proporcionou a oportunidade de o poder público abandonar sua posição de subserviência em relação aos prestadores de serviços, como simbolicamente mostra a foto da reportagem, na qual o então secretário de saúde entrega um cheque nas mãos do diretor de um dos hospitais conveniados, como que dando uma satisfação à população acerca das providências para que as unidades não suspendessem os serviços.



De fato, a postura do secretário de saúde que rompeu com a lógica até então vigente, efetivando a adesão ao Pacto pela Saúde, passou a ser totalmente diferente – e até mesmo inversa – à dos demais secretários. Conforme pode ser mostrado nos capítulos anteriores, a postura de enfrentamento, inclusive através da mídia, jamais tinha sido adotada pelo poder público. Isso, entretanto, não significa que não tenha continuado a ser uma ação racional, diante da mudança do cenário, principalmente se considerada a nossa hipótese de um possível fim do jogo de soma positiva.

Por fim, é importante destacar que dois outros fatores que se somam nesse contexto, os quais vieram respectivamente a fortalecer e possibilitar a decisão pela mudança do *status quo*: por um lado, a pressão do Ministério da Saúde sobre o município, que resultou no compromisso de aderir ao pacto pela saúde, assumido pelo secretário anterior, conforme relato do entrevistado B. E por outro, o fato de o município estar adimplente com o Ministério da Saúde no que se refere às informações por ele exigidas, conforme relatado pelo entrevistado A.

Em suma, usando como metáfora o caso de um acidente aéreo, o qual nunca é resultado de apenas uma causa, mas de um somatório de variáveis, as quais, de forma sequencial ou não, contribuem conjuntamente para o evento, poderíamos da mesma forma dizer que foi um conjunto de fatores – tanto objetivos, em sua maior parte, quanto subjetivos – que levou às mudanças institucionais, a partir do ano de 2009.

Todo o contexto explanado até agora já nos permite responder também à questão central que norteou essa pesquisa: porque o município de Campos dos Goytacazes, no uso de sua autonomia política, optou por não alterar seu vínculo com as políticas centrais do SUS desde sua habilitação à gestão plena da atenção básica, em 1998, até o ano de 2008, com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, efetivamente implementado a partir de 2009. Sendo uma parte do objetivo principal desse trabalho entender as razões para isso, sigamos às explicações.

Antes de tudo, é preciso dizer que todas as razões são objetivas, racionais e lógicas, do ponto de vista dos ganhos de cada ator, inclusive os dos gestores locais. Já ficou suficientemente claro que a configuração do ambiente político-institucional foi resultado de um jogo de soma positiva, sustentado pelos acordos aqui mostrados. É natural e lógico que os atores buscassem mantê-los o quanto possível,

preservando os seus ganhos. Nesse sentido, a questão que se coloca é: qual a relação que existe entre a manutenção desse jogo de soma positiva e a opção por não assumir a gestão plena do sistema de saúde municipal, quando da vigência das NOBs/NOAS?

Do ponto de vista dos prestadores de serviços, fica bastante clara essa relação, na medida em que interessava aos mesmos a manutenção de duas fontes de pagamento distintas, no que se refere aos recursos públicos. Para aqueles com fins lucrativos, os quais ficaram com a prioridade na aprovação dos procedimentos pagos pelo teto financeiro, conforme acordado no TAC de 2003, essa era a única forma de ampliar seus ganhos, já que não podiam ser contemplados com o dinheiro dos royalties, segundo a lei 6899/99.

Para os prestadores filantrópicos ou sem fins lucrativos, abrir mão de parte dos recursos do teto financeiro – mediante aceitação do acordo do mesmo TAC de 2003 -, além de ter sido uma contrapartida para que o acordo fosse implementado, significava mais uma justificativa para a implementação e posterior manutenção dos repasses, na forma convênios com o poder público, seu principal interesse. Uma decisão racional, portanto.

Não é demasiado lembrar que o valor desses convênios equivalia à quase totalidade do valor do teto financeiro do município, além de poderem ser formatados e cumpridos com maior flexibilidade. Ademais, concordar com a prioridade para os prestadores com fins lucrativos no pagamento dos procedimentos pelo teto não significou abrir mão totalmente daquelas receitas. Dessa forma ficaram contempladas duas fontes de receitas distintas, negociadas em esferas distintas, de forma distinta.

A eventual adesão do município à gestão plena de seu sistema de saúde e/ou aos compromissos do Pacto pela Saúde, através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão implicava, dentre outras coisas, na unificação dessas fontes de receitas e na mudança do formato dos repasses. Noutras palavras, significava a dissolução dos arranjos e acordos vigentes, ainda que os mesmos fossem respaldados juridicamente. Obviamente essa hipótese, que como dissemos, acabou acontecendo com o fim da lei 6899/99, não interessava nem um pouco aos prestadores de serviços privados, com ou sem fins lucrativos.

Quanto aos prestadores públicos, para esses o município mudar ou não o modelo de gestão, ou se quisermos, os termos dos compromissos formais com o

Ministério da saúde, talvez tivesse pouco significado - certamente nenhuma preocupação havia a respeito. No aspecto do financiamento, quase nada mudaria, tendo em vista que toda a perda ocasionada pelo acordo do TAC estava sendo muito bem compensada pelo aporte de recursos oriundo dos royalties – ou seja, não recebiam de duas fontes distintas, porque tinham o faturamento glosado (ou não enviado) por esse acordo. Essa lógica era apoiada pelos prestadores privados, aos quais não interessava que os hospitais públicos tivessem seus serviços pagos via teto financeiro.

Na dimensão política, em nada mudaria igualmente, tendo em vista que uma eventual decisão de alterar de subordinação direta das Fundações ao Prefeito e não ao Secretário de Saúde não dependia do modelo de gestão adotado. Noutras palavras, a adesão à gestão plena do sistema municipal ou ao termo do Pacto pela Saúde não alteraria automaticamente essa formatação. Mais ainda, a independência e a autonomia da administração indireta passaram a fazer parte da lógica de relações de poder na saúde local. Como, na prática, existem no município duas secretarias de saúde, em termos de estrutura, de contingente e de protagonismo, é compreensível que todas as tentativas de unificação da gestão não tenham tido sucesso, por motivações políticas, antes ou depois da efetivação dos compromissos assumidos no Termo de Compromisso de Gestão.

Especificamente em relação ao comprador dos serviços, partimos do princípio de que pelo menos uma pergunta deve ser respondida: por que razão os gestores locais abririam mão de controlar os recursos do teto financeiro do município, mesmo podendo fazê-lo? Ou, noutras palavras, qual foi o interesse desses gestores na não habilitação do município na gestão plena de seu sistema de saúde – e em postergar a assinaturado Termo de Compromisso de Gestão, referente ao Pacto pela Saúde? A racionalidade nos conduz a afirmar que os bônus dessa decisão terão superados os ônus.

Vejamos: ninguém “rasgou dinheiro”. Vimos alhures que o valor do teto financeiro do município representava muito pouco no orçamento total da saúde – algo em torno de 6%, em algum momento. Ou seja, quase nada. Adicione a isso o fato de que a outra fatia, infinitamente maior, era de recursos de livre alocação, o que obviamente permitia fazer arranjos políticos muito interessantes, como, por exemplo, ter três secretários de saúde. Finalmente, a verba do teto financeiro era a garantidora do acordo feito no TAC, costurado no Conselho Municipal de Saúde, em

ambos os casos com o aval do gestor municipal, certamente em troca de apoio político, dentro e fora do CMS.

Há mais: o acordo sacramentado pelo TAC previa implicitamente o poder público não controlar o setor privado – ficou suficientemente provado nesse trabalho que os convênios com os hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos eram na verdade subsídios públicos, sem qualquer prestação de contas, sendo o plano de trabalho que os acompanhava uma mera formalidade. Como foi dito por diversas vezes, uma das prerrogativas dadas pela então gestão plena e pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão era exatamente controlar ainda mais as unidades contratadas.

É de fato crível concluir, com base nos fatos, que racionalmente não interessava ao poder público, por nenhum motivo habilitar do município na gestão plena de seu sistema de saúde. Dito de outro modo, não foi a falta de preparo e o amadorismo dos gestores em relação ao SUS, fato relatado unanimemente pelos três entrevistados, a principal causa para a decisão de não alterar o vínculo do município com as políticas centrais do SUS desde sua habilitação à gestão plena da atenção básica, em 1998, até o ano de 2009.

A suposta ignorância ou o mencionado desinteresse dos Chefes do Executivo local acerca dos fundamentos do SUS nada mais foi do que uma conveniência utilitária daqueles que foram, como gestores da saúde local, os artífices do arcabouço político-institucional local na era dos royalties. Se foi uma mera coincidência a era dos royalties ter sido também a era dos “Prefeitos-médicos”, certamente não o é a herança por eles deixada, fruto de suas escochas políticas, especificamente na área da saúde.

Há de se entender, todavia, que manter o município habilitado apenas na gestão plena da atenção básica do sistema de saúde municipal não foi uma deliberação direta do gestor a esse respeito, mas uma consequência lógica derivada de um conjunto de outras decisões alocativas, e uma condição necessária para a manutenção dos acordos e dos arranjos que as precederam.

Houvesse ainda alguma dúvida quanto a esse amplo jogo de soma positiva que norteou a configuração do ambiente político-institucional local, e a gênese e a trajetória do Conselho Municipal de Saúde a eliminaria de imediato. Com efeito, o CMS local expressa a lógica das alianças entre prestadores de serviços e gestores,

assim como a disparidade de forças entre a defesa dos interesses políticos e econômicos, por um lado, e a do interesse público, por outro.

Relevância deve ser dada ao papel (não) exercido pelo Conselho Municipal de Saúde e para sua conseqüente responsabilidade na trajetória do sistema de saúde local. Em que pese não termos feito uma análise profunda e detalhada das relações de poder nesse órgão deliberativo, é ali clara força da dependência de trajetória da força dos prestadores de serviços privados de saúde, desde antes da sua concepção. Uma das conseqüências principais desse fato é sua composição atípica, a qual permanece até os dias atuais. Como disse a entrevistada C, “Campos parece que não é muito preocupado com a questão da lei”.

Tendo saído da síntese (o aspecto geral, a concepção teórica do SUS) para a análise (o caso particular, a aplicação prática dessa concepção teórica), voltemos à síntese, à guisa de conclusão, agora com os resultados produzidos pela referida análise. Antes, contudo, é preciso retomar à metodologia para esclarecer um ponto fundamental. Às objeções colocadas acerca das dificuldades de se generalizar um estudo de caso, Yin (op.cit) observa que tal generalização não é possível quando se trata de uma amostragem (generalização estatística), mas é perfeitamente aplicável a proposições teóricas (generalização analítica), ou seja, quando o objetivo do pesquisador é expandir e generalizar teorias.

Com efeito, é o caso desse trabalho. Primeiro, é fundamental destacar que em nenhum momento trabalhamos com análises estatísticas ou quantitativas. Mesmo nas vezes em que usamos gráficos, o fizemos para estabelecer o comparativo entre curvas de tendência, entre variáveis universais e comuns a todos os sistemas de saúde, como foi o caso do público e do privado.

Nesse sentido, seguindo o modelo que usamos para comparar a evolução da participação do setor público e do privado em Campos dos Goytacazes, em relação ao Estado do Rio de Janeiro e ao Brasil, é possível reproduzir tal método com qualquer outro município brasileiro, comparando-o com o seu respectivo Estado e com a esfera federativa. Do mesmo modo, a partir das curvas de tendência da participação do público e do privado, é possível comparar Campos dos Goytacazes com outros municípios do mesmo porte – populacional ou econômico -, ou mesmo com outros que tenham se habilitado na gestão plena do seu sistema de saúde, no âmbito da vigência das NOBs, por exemplo.

Segundo, o presente estudo trata, sim, de uma generalização analítica, na medida em que trabalha a partir de pressupostos definidos pela Constituição Federativa, normatizados, portanto, para todo o sistema de saúde brasileiro, embora aplicáveis de maneira distintas no que se refere às variáveis econômicas, sociais e culturais. Ou seja, as decisões alocativas no município em tela só foram possíveis em razão da descentralização como pilar conceitual do SUS – caso contrário, a adesão às NOBs não seria facultativa, por exemplo. Ao mesmo tempo, a opção do município, no exercício de sua autonomia política exercer seu poder de veto a parte das políticas do governo central só foi viável boa parte em razão da independência do ente federativo local em relação aos repasses do governo central - especificidade local.

Nessa mesma direção, a questão da predominância do financiamento público como uma das condições necessárias para a garantia da universalidade do acesso, condição básica de um sistema de saúde de bases solidárias, como pretende ser o SUS, é uma requisito comum a todos os sistemas de saúde dessa natureza. Do mesmo modo, essa premissa se verificou no caso local - diferente da maioria absoluta nos demais municípios brasileiros -, sem o que não seria possível o estudo de caso.

Em relação ao controle social, especificamente ao Conselho Municipal de Saúde, diversos estudos mostram as semelhantes dificuldades de institucionalização desse órgão deliberativo. As origens dessas dificuldades são comuns, embora se manifestem de formas distintas: a falta de cultura política, a força do setor privado, o controle do processo decisório pelo secretário de saúde, etc. Noutras palavras, estão ligadas a variáveis ou a características históricas de nossa sociedade, cujas dependências de trajetória se impõem no ambiente local como condicionantes para a maior ou menor força do controle social pelos Conselhos em geral.

Finalmente, o cerne do trabalho foi a análise do ambiente político-institucional local e das decisões alocativas dele decorrentes, tendo por premissa esses três parâmetros, fundamentalmente. Ou seja, como se configuram as relações locais quando se desenvolve o SUS em um ambiente local permeado por essas características patrimonialistas e clientelistas, tendo financiamento público predominante e crescente e plena descentralização? Perguntamos: se houvesse outro município nessas mesmas condições de Campos dos Goytacazes, o estudo poderia ser reproduzido? Sim.

Considerando a tendência de mudança geográfica da distribuição dos royalties, se houver outro município com alto volume de recursos aplicados na saúde, com alto grau de descentralização, em razão da independência financeira e da livre alocação dos recursos, seria possível reproduzir esse trabalho? Sim. Seria possível verificar a tendência do comportamento da relação público-privada, em dado período de tempo, nesses supostos sistemas de saúde do exemplo acima? Sim.

Em resumo, seria possível, em um desses outros municípios, replicar a pergunta que motivou esse trabalho, qual seja, como funciona na prática o SUS, ou quais os resultados possíveis quando seus pilares teóricos - a descentralização, o financiamento público, e o controle social – implementados em um ambiente local permeado dessas características que vimos em Campos dos Goytacazes, as quais não são peculiaridades locais? A resposta é sim. É claro que a questão central que motivaria tal análise poderia ser outra, assim como a hipótese de trabalho. Mas isso em nada impediria a reprodução do estudo, com vistas a testar o comportamento das premissas teóricas do SUS.

Esse estudo de caso, portanto, é generalizável, em total acordo com as suas orientações metodológicas. Isso posto, torna-se ainda mais importante dar destaque a um relevante resultado desse trabalho. Os diversos gráficos comparativos das curvas de tendência do comportamento das variáveis analisadas mostraram que o sistema de saúde local permaneceu totalmente privado, não tendo sido vistos, no âmbito local, os ganhos obtidos pela implantação do SUS, verificados no aspecto geral nos municípios brasileiros.

Mais que isso, as trajetórias comparadas evidenciam um importante aspecto o qual sugere muito sobre a descentralização e seus efeitos. Se voltarmos um pouco e observarmos nos gráficos as trajetórias comparadas do PSF/PACS, nas variáveis estudadas, é possível perceber que a tendência de crescimento é a mesma quando comparados o Brasil, o Estado do Rio de Janeiro e o município de Campos dos Goytacazes –RJ, pelo menos até a interrupção desses programas nesse local.

É necessário lembrar que Campos dos Goytacazes era habilitado para a Gestão Plena da Atenção Básica naquele período, o que significa ter se vinculado às respectivas políticas centrais do Ministério da Saúde, como quase todos os demais municípios brasileiros. Ou seja, até onde o município aderiu às políticas “regulatórias” do governo central, atendendo às exigências das respectivas NOBs,

inclusive como condição para receber o repasse direto dos recursos, verificou-se, no nível local, o mesmo avanço do SUS, registrado nos demais municípios brasileiros, de acordo com a literatura especializada.

Ao contrário, nas demais variáveis estudadas, especialmente em relação às internações e aos serviços de média e alta complexidade, a tendência das curvas em Campos dos Goytacazes não seguiu as tendências verificadas para o estado do Rio e no Brasil, em ambas as quais ficou claro o avanço do prestador público na prestação dos serviços de saúde. Ou seja, naqueles serviços de saúde não alcançados pela GPABA, na qual Campos dos Goytacazes, por opção, permaneceu habilitado, não se verificou o mesmo ganho obtido pelo SUS nos demais municípios brasileiros, os quais, em sua quase totalidade, aderiram às demais políticas centrais, definidas pelas respectivas NOBs e NOAS do SUS.

Se obviamente não podemos conclusivamente atribuir o resultado de Campos dos Goytacazes à descentralização, é um fato indiscutível que se a descentralização não fosse um pilar fundamental do SUS, boa parte dos arranjos e das decisões alocativas que, no período estudado, levaram o sistema de saúde do município a permanecer tal como era antes do SUS, seria diferente. Nesse sentido, o caso em estudo pelo menos lança luz ao debate teórico sobre a descentralização no SUS, especialmente nesse momento em que se discute a ampliação da autonomia alocativa do gestor municipal.

Falamos da Portaria nº 3.992 do Ministério da Saúde, publicada dia 28 de dezembro de 2017, a qual reduziu de seis para dois blocos de financiamento do SUS, implicando diretamente na flexibilização da alocação dos recursos no âmbito municipal, dando maior autonomia ao gestor de saúde local. Há pelo menos um consenso a esse respeito, mesmo entre correntes opostas à idéia: a medida é de total interesse dos Prefeitos e secretários municipais de saúde. A divergência está obviamente nos possíveis resultados dessa medida.

Para os defensores da ideia, o argumento é sempre o mesmo, ou seja, “empoderar” o município, dando ao gestor da saúde a condição de melhor adequar os recursos à realidade e às necessidades locais, acreditando que os Conselhos Municipais serão capazes tanto de participar da formulação das políticas de saúde quanto de fiscalizar a aplicação dos recursos. Da parte do Ministério da Saúde, a justificativa é de que, em 2017, mais de 7 bilhões de reais não foram gastos pelos Estados e Municípios, em razão da verba estar “carimbada”.



Mas a portaria tem recebido mais críticas do que elogios, e todas elas convergindo, de algum modo, para o risco de se perder os avanços logrados pelo SUS, tanto na expansão da atenção básica, quanto no avanço do setor público na prestação dos serviços, como consequência do enfraquecimento do poder indutor de políticas, por parte do Ministério da Saúde. Nesse sentido, as contestações mais contundentes são voltadas para a possibilidade dessa autonomia no nível local vir a beneficiar o setor privado e os grupos de maior poder de pressão.

Em recente publicação do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz<sup>138</sup>, diversos autores se manifestaram a esse respeito: José Noronha disse que:

*“em nível municipal serão beneficiados aqueles grupos ou organizações com maior capacidade de pressão (... além disso) na prática, cria-se agora 5.700 sistemas – o número de municípios – em que cada um deles poderá ter o SUS com a sua cara.”*

Gastão Wagner, por sua vez, alertou:

*“em vez de se favorecer o hospital público municipal, se houver, os recursos poderão ser destinados a uma santa casa conveniada, por exemplo. Deve-se observar, ainda, que os lobbies médicos, os hospitais privados e o próprio interesse dos prefeitos em relação às necessidades de saúde nem sempre coincidem, o que pode gerar repercussões negativas no conjunto do SUS”.*

E Eli Diniz, concordando com os autores acima, sintetizou dizendo que:

*“à mão, os municípios sempre terão a oferta de fornecedores privados, disputando a compra de serviços pelo município(...) Uma liberdade que pode dar aos prestadores de serviços o controle das ações de saúde em diversos municípios.”*

E não foram exatamente os temores desses autores acerca da descentralização o que aconteceu em Campos dos Goytacazes?

É seguro dizer que os resultados aqui apresentados não só corroboram a suspeita dos mesmos (de novo, o domínio dos prestadores privados nos sistemas de saúde locais, a predominância dos interesses dos grupos de maior poder de pressão e a diferença entre os interesses dos prefeitos e as reais necessidades de

---

<sup>138</sup><https://jornalggn.com.br/blog/cee-fiocruz/portaria-do-ministerio-da-saude-que-da-autonomia-a-gestores-locais-desestruturou-o-sus>

saúde), como também refutam a alegação dos defensores da Portaria 3992/17 quando consideram os Conselhos de Saúde realmente capazes de fiscalizar e controlar os sistemas de saúde locais e terem efetividade em seu poder deliberativo na formulação das políticas públicas. Tudo isso está posto no sistema de saúde de Campos dos Goytacazes.

A propósito, não se pode nem dizer que houve retrocesso em Campos dos Goytacazes, pelo simples fato de sequer ter havido ali qualquer avanço do SUS, no período estudado. Ou seja, o sistema de saúde local permaneceu tal qual como era antes: i) parte expressiva do pagamento do setor privado por quantidade de procedimento (na verdade, foram subsídios a fundo perdido); ii) regulação que privilegiava não apenas a compra de serviços dos prestadores privados, mas o subsídio à sua expansão, com demanda garantida para eles; iii) segmentação entre ações coletivas e assistência médica; iv) não integralidade da atenção - separação entre o curativo e o preventivo; v) a absoluta prevalência do setor privado na prestação dos serviços de saúde locais.

Uma organização dos serviços “hospitalocêntrica”, em detrimento do cuidados preventivos é uma outra preocupação dos autores acima como um dos possíveis efeitos da descentralização. Com efeito, a pouca importância dada à atenção básica foi uma outra consequência da ampla autonomia alocativa dos recursos em Campos dos Goytacazes. Não falamos aqui “apenas” da precoce descontinuidade dos Programas PSF/PACS, o que por si só representa uma dramática situação, mas referimo-nos ao total desprezo a uma excelente estrutura da rede de unidades básicas de saúde, de ampla abrangência geográfica, inclusive alcançando a população rural do município - uma herança positiva e efeito não esperado da era sucro-alcooleira.

Como foi visto nesse trabalho, a maior parte dos recursos foi aplicada na rede hospitalar, privada e pública. No caso dos hospitais públicos, a alocação de recursos num primeiro momento foi o fortalecimento de uma estratégia de poder que consolidou a fragmentação do sistema de saúde municipal, mas passou a ser também uma necessidade imperativa em razão da rede de urgência e emergência (concentrada na administração indireta) ter se tornado, em parte, a porta de entrada do sistema de saúde local.

De novo, e por fim, esse estudo de caso pode contribuir muito para a reflexão acerca das verdadeiras possibilidades de implementação do SUS nesse modelo

descentralizado, tendo em vista os complexos interesses envolvidos nesse processo, especialmente no nível local. Nunca houve dúvidas de que o SUS real é muito diferente do SUS teórico. Não obstante, há poucos trabalhos que avaliem o ambiente local, no qual o SUS se insere. Provavelmente por falta de oportunidade como a que nos foi oferecida no município de Campos dos Goytacazes, um “tipo-ideal” do SUS teórico, que se transformou no “tipo-não ideal” do SUS prático.

A depender do caminho que tomará o SUS a partir da Portaria 3992/2017, em breve tempo esse não será mais um caso único.

## Considerações finais

A proposta de enveredar pela tentativa de entender a configuração político-institucional da saúde local foi uma primeira consequência da dissertação de mestrado do autor, em 2004. Naquele período, já era possível vislumbrar que algo singular estaria acontecendo em Campos dos Goytacazes. Na área de saúde, em particular, o incremento atípico no orçamento local e as características específicas das regras de alocação dos recursos de royalties, os recém implantados convênios, autorizados pelo TAC, em 2003, o fortalecimento a administração indireta, segmentando ainda mais gestão do sistema de saúde local, mostravam um cenário diferente de todo o antes, com perspectivas e expectativas.

Mas ainda não se sabia a dimensão do fenômeno. Nem, obviamente, suas reais consequências. Ante à esperança de que tudo ou pelo menos alguma coisa mudasse, considerava-se, no extremo oposto, a possibilidade de que tudo continuasse com sempre foi. É certo que essa era uma hipótese não desejável, mesmo que “tecnicamente” provável, tendo em vista a força das dependências de trajetória do sistema de saúde anterior ao SUS. Não obstante, era impossível negar a situação impar vivida pela região Norte-Fluminense – e pelo município de Campos dos Goytacazes em particular – na era dos royalties.

Para o bem ou para o mal, o protagonismo desse município no cenário nacional voltou ao patamar de seus áureos tempos da indústria sucro-alcooleira. Muitos estudos acadêmicos já mostravam em precisos números aquela singular realidade regional, ao mesmo tempo em que alertavam para a necessidade de se aproveitar a enorme janela de oportunidades que os royalties traziam.

Eram diversas as razões para esses alertas: uma das principais, sem dúvidas, era a instabilidade da fonte de receitas. Não bastasse a não diversificação produtiva e a dependência crescente desses recursos, os royalties não eram uma receita própria. Por consequência, não havia nenhum controle sobre sua geração: seu montante variava segundo a dinâmica de preços do mercado internacional de petróleo e a continuidade dessa receita dependia da manutenção de acordos políticos no âmbito do Congresso Nacional.

Para além dessas premissas, tão crescente quanto os incrementos de recursos era a preocupação – de poucos, é verdade – acerca do controle social ainda incipiente, política e culturalmente, além de muito frágil, institucionalmente. Nesse cenário real de muitos recursos, muita autonomia alocativa e baixo controle social surgiram as inquietações que foram trazidas para este trabalho: como funcionaria, na prática, os pilares teóricos do SUS? Ter vislumbrado uma oportunidade única de visitar esse tema, fez aumentar a angústia – sim, essa é a palavra - de encontrar uma forma de trazer esse debate para a academia. Noutras palavras, queríamos uma investigação acadêmica, não uma investigação policial.

Ademais, a proposta era por demais ousada! Não apenas por envolver temáticas complexas como financiamento, descentralização e controle social (o que já seria o bastante), mas também pela necessidade de garantir um produto genérico ou generalizável, a partir de um estudo de caso. A escolha metodológica, nesse sentido, foi crucial. Cruzar pelo menos três fontes de coleta de dados, conseguindo a convergência de seus resultados, foi uma tarefa tão difícil quanto fundamental para materializar o desafio.

É verdade que a observação participante do autor foi uma variável de controle importante nesse processo. Embora pudesse ter sido, inclusive, outra fonte de informações, validada pela metodologia usada, propositalmente serviu como parâmetro inverso; ou seja, foi usada para averiguar o quão surpreendentes se mostravam os fatos e os resultados encontrados ao longo da investigação. E não foram poucas as surpresas, diga-se de passagem. A cronologia dos eventos é impressionante e precisa, assim como a total despreocupação com os aspectos legais dos acordos.

Com efeito, uma das coisas que, dentre tantas, puderam ser observadas nesse trabalho foi o fato de os eventos estudados não se tratarem de casos de corrupção, mas de arranjos e acordos institucionalizados por leis específicas e/ou validados por órgãos de controle – como o Conselho Municipal de Saúde – ou por instituições jurídicas - como a Procuradoria do Município.

Mais que isso, a maior parte desses acordos e arranjos foram negociados sob a liderança dos gestores públicos, especificamente os secretários de saúde e os Chefes do Executivo municipal. É imperativo ressaltar a enorme responsabilidade do poder público na configuração do ambiente político-institucional local, o qual definiu a trajetória do sistema de saúde local no período estudado.

Ainda que por diversas vezes tenha sido aqui reiterado o cuidado de não atribuir juízo de valor aos interesses políticos e/ou econômicos dos atores envolvidos, deixando a cargo do leitor questionar a natureza ética e a moralidade desses acordos, concordando ou discordando dos meios utilizados pelos mesmos para viabilizar seus respectivos ganhos, é necessário questionar o grau de interesse público desses acordos, ainda que os mesmos tenham sido legalizados e legitimados.

Por outro lado, é também um fato que o crescimento exponencial das receitas municipais a partir da década de 90 tenha feito surgir uma nova elite regional, não mais aquela de usineiros e latifundiários, outrora sustentados pela indústria sucro-alcooleira, mas agora composta por prestadores de serviços, de diversas naturezas, sustentados pelos abundantes royalties do petróleo. Noutras palavras, “o dinheiro mudou de mãos”. Duas coisas, entretanto, não mudaram.

Uma delas é a predominância do subsídio estatal como indutor do desenvolvimento regional, o qual alimenta e mantém fortes as práticas clientelistas e patrimonialistas a longo tempo arraigadas em nossa cultura. Na carona do atual formato federalista brasileiro, o protagonismo dos entes subnacionais exacerbou ainda mais essas práticas nos municípios “petrorrentistas” do Norte Fluminense, na medida em que passaram a concentrar poderes político e econômico, em ambientes locais ainda com baixo controle social.

É possível afirmar, com segurança, que esse formato foi em grande parte responsável pela forma como se configurou o ambiente político-institucional na área da saúde em Campos dos Goytacazes e, por consequência, pelos resultados mostrados nesse trabalho. Obviamente, um sistema com arranjos complexos como esse não se mantém por tanto tempo sem que se configure um jogo de soma positiva de grande amplitude, envolvendo atores com variados interesses e de diversos setores – inclusive fora do campo da saúde.

Do mesmo modo, a sustentação desse jogo requer estratégias das mais diversas naturezas, dentre as quais não se exclui a cooptação da sociedade civil, perpassando todas as classes sociais. Pelo menos dois exemplos, à parte desse estudo, podem ser usados para ilustrar essa colocação: no período aumento exponencial das receitas com royalties o poder público subsidiou boa parte da expansão de diversas faculdades na região (especialmente em Campos dos Goytacazes), as quais distribuíam milhares de bolsas de estudo para cursos

superiores em diversas áreas, para públicos de todas as faixas de renda, enquanto o município ocupava as piores colocações no IDEB no Estado do Rio.

O outro exemplo foi a compra, pela Prefeitura, de centenas de imóveis em áreas nobres da cidade, em grande parte dos casos sem qualquer estrutura para abrigar os diversos “projetos” criados para justificar sua utilização – o que requeria muitas obras para adaptação. Outras centenas de imóveis em diversas áreas, inclusive na periferia, foram alugados pelo poder público com a mesma finalidade. Muitos desses imóveis eram utilizados por associações, Ongs ou entidades assistenciais – inclusive vinculadas a instituições religiosas de diversas crenças – as quais prestavam serviços de saúde e educação à população, mediante financiamento público, não raro com profissionais que lá exerciam seus vínculos públicos.

É bem verdade que esses dois exemplos são representações muito singelas da ampla cooptação que em boa parte legitimou os acordos de grande monta na área de saúde, conforme mostrado nesse trabalho. Seja como for, é fato incontestável que o jogo de soma positiva que subsidiou a lógica alocativa dos recursos no período estudado não resultou em um ganho coletivo, embora o propósito coletivo tenha sido a retórica por trás de todas as reivindicações dos atores. Esse, aliás, foi o outro aspecto que não mudou.

O teor desses discursos - sempre em favor dos pobres e desassistidos, necessitados de filantropia, embora plenos de direitos constitucionais -, tinha o baixo financiamento do sistema de saúde, a dificuldade de acesso ao mesmo, a baixa remuneração dos médicos, a “crise gerencial” dos hospitais e sua dependência do poder público como pontos de suposta convergência entre as necessidades e dos interesses dos atores e da população.

Pelo fato de todos esses elementos terem, sim, uma objetiva sustentação na realidade local - pelo menos no início do ciclo inicial da expansão do financiamento setorial, as reivindicações dos prestadores de serviços por maiores recursos tiveram o apoio da população e a sustentação política necessária à aprovação do aumento dos repasses financeiros municipais.

Ademais, a efetiva dificuldade de acesso aos serviços colocava em segundo plano a mudança no papel normativo-legal das entidades filantrópicas, a partir da implantação do SUS: não mais a única alternativa dos excluídos do sistema de saúde, mas unidades integradas ao sistema único de saúde, prestadores de

serviços com direitos e obrigações perante o usuário e o poder público que a contratou.

A questão objetiva que se destaca é: o efetivo e crescente aporte de recursos não logrou diminuir os problemas que o justificava. Pelo contrário, era exatamente a manutenção do *status quo* que possibilitava a continuidade do financiamento extra e, nesse sentido, era fundamental que o discurso permanecesse validado pela população, mesmo que para isso tivesse que mudar suas roupagens, de acordo com o ambiente e as circunstâncias.

Foram diversas essas circunstâncias: a assinatura do Termo de Ajustamento de Conduta, em 2003, a principal; a paralisação coletiva “mantendo a assistência aos pacientes internados”, anunciada pelos jornais em 2005, quando houve diminuição e atraso no repasse das verbas, foi outra. Mas a mais emblemática de todas foi, sem dúvidas, em 2007, quando a cobrança “pelo social” - que se mantinha efetiva apesar dos 4 anos de repasses para complementar o pagamento daqueles procedimentos – foi explicitamente utilizada como justificativa (aceita e acatada pelo Poder Público) para a renovação dos convênios. E, mesmo assim, o problema não acabou.

Com efeito, guardadas as devidas proporções, a fábula “A roupa nova do Rei” poderia muito bem ilustrar essas diversas situações vividas em Campos dos Goytacazes, na era dos royalties. Nesse conto, havia um Rei que não se preocupava com bibliotecas, escolas ou museus, apenas com suas roupas. O povo sabia que ele nunca estava em seu gabinete, mas sempre em frente ao espelho, vestindo-se. No entanto, a plebe não se importava, pois, afinal, a vida cultural local era agitada - especialmente pelos desfiles do Rei. Além disso, o reino tinha o propósito de ser de primeiro mundo, e por isso tudo o mais seria justificável.

Certa feita, foram selecionados e contratados renomados estilistas e tecelões para confeccionar as melhores roupas para a Majestade, com os melhores tecidos que existiam até então. Dinheiro, no reino, não era problema. Parte dos estilistas prometeu ao Rei confeccionar roupas com tecidos os quais, além de exclusivos e belos, seriam invisíveis aos olhos dos dissimulados, dos incompetentes e dos de pouca inteligência. O Rei imediatamente mandou fabricar muitas dessas peças, tendo feito um vultoso adiantamento em moedas de ouro aos tecelões, para que começassem logo a trabalhar.



Os tecelões e estilistas compraram grande quantidade de bobinas de seda e fios de ouro, as quais guardaram seguramente em seus baús, enquanto simulavam trabalhar nos teares vazios. Passado um tempo, sem notícias de suas roupas, o Rei mandou seu primeiro-ministro - homem fiel, competente e inteligente – saber notícias acerca do andamento dos trabalhos. Espantado com os teares vazios e parados, duvidando da própria sanidade, encontrou o tecelão que, de imediato, perguntou sua opinião acerca dos tecidos à sua frente.

Sem querer deixar transparecer a suspeita que recairia sobre si mesmo, caso confessasse nada estar vendo ali, disse que os tecidos estavam lindos, que eram de ótima qualidade e certamente seriam do agrado de Sua Majestade. Prontamente, o estilista aproximou-se, disse estar encantado com a opinião do visitante e solicitou mais dinheiro, mais sedas e mais fios de ouro para que o trabalho não parasse. O mesmo roteiro se deu com a visita do Ministro da Cultura, também ali enviado a mando do Rei.

Não muito depois, a nova roupa do Rei já era o assunto dominante em todo o Reino, motivo pelo qual o Rei, tomado por júbilo e curiosidade, resolveu também visitar os teares. Recebido entusiasticamente pelos tecelões, tendo ouvido deles, de seus subordinados e de seu povo as mais elogiosas referências aos tecidos, ao se certificar de que nada via à sua frente, lembrando de que também ouvira serem as roupas invisíveis aos incompetentes e pouco inteligentes, imediatamente pensou: o que diriam de mim meus súditos e meus subordinados se eu agora bradasse nada aqui existir?

Deduzindo a óbvia resposta, não hesitou em também dizer que estava tudo magnífico, merecendo sua aprovação. E assim desfilou o Rei, diante dos seus súditos, vestido com sua maravilhosa e invisível roupa nova. Na fábula, uma criança, em sua pureza, bradou aos quatro ventos que o Rei realmente estava nu, ao que foi seguida de muitas gargalhadas dos demais. Em que pese os dias seguintes terem sido de muitos comentários acerca da nudez do Rei, brevíssimo tempo depois a plebe já esquecera o ocorrido, distraíndo-se com outras novidades.

É bem verdade que, no caso real, nenhum inocente (ou algum corajoso) ousou fazer o mesmo que o menino da fábula. Talvez isso signifique admitir a eficácia da retórica, para os fins a que se propunha. Afinal, as “evidências” conseguiram manter encobertos os olhos da plateia. Não obstante, em ambos os casos o Rei não perdeu a majestade. E tudo permaneceu como antes.

Esse é o ponto: mesmo com tantos recursos de royalties, nada mudou! Será que o município de Campos dos Goytacazes viverá outro paradoxo, ou seja, melhorar seu sistema de saúde exatamente em razão da diminuição dos recursos públicos, em termos de volume de participação do município no financiamento? Terá essa inexorável diminuição de recursos algum efeito sobre a lógica alocativa e/ou sobre a configuração do ambiente político-institucional local? Ou seu sistema de saúde passará a ser referência nacional para as consequências da Portaria 3392/2017? São questões para futuros trabalhos.

Provavelmente o problema seja mais complexo e profundo. Contribuir para uma sociedade mais justa e menos desigual não é uma questão de altruísmo, mas de pura inteligência. Contudo, essa não parece ser a realidade local. “Farinha pouca, meu pirão primeiro” talvez seja a expressão que mais fielmente retrate o modo de agir dos atores envolvidos no processo de formulação de políticas públicas. Na verdade, reflete o modo de pensar dessa sociedade local, como um todo.

Se essa linguagem vulgar chocou o leitor mais civilizado, podemos reescrever de uma forma mais elegante: trata-se de uma visão de mundo pouco sofisticada, na qual a complexidade dos fenômenos, bem como a interconexão de suas causas, é ignorada em prol da viabilização dos interesses pessoais e corporativos mais imediatos, desconsiderando as consequências e os riscos que há em não garantir um mínimo ganho coletivo que possa contribuir para uma sociedade mais igualitária, condição necessária para que ele próprio possa usufruir de seus ganhos utilitários.

Se assim possa ter ficado mais palatável entender a lógica e a cultura local, lamentavelmente – e apesar dos bilhões dos royalties – essa linguagem ainda não é compreensível na sociedade local, desde a elite tradicional até os “novos ricos”. Sem dúvidas, a experiência de Campos dos Goytacazes na era do petróleo mostrou que para o Reino entrar no primeiro mundo, ter muito dinheiro é condição necessária, mas não suficiente. E provou que o mesmo vale para o SUS.

## Referências Bibliográficas

ALMEIDA, C. M. (1999), Reforma do Estado e Reforma de Sistemas de Saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Revista Ciência & Saúde Coletiva (ABRASCO)*, 4 (2).

\_\_\_\_\_. (1997), Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. *Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública*. 13(4): 659-676.

\_\_\_\_\_. (1997b), Crise Econômica, Crise do Welfare State e Reformas Sanitárias. In: Gershman, S. & Werneck, M. L.. (org.), *A Miragem da Pós-Modernidade – Democracia e Políticas Sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, (pp. 177-200).

\_\_\_\_\_. (1996), Novos Modelos de Reforma Sanitária: Bases Conceituais e Experiências de Mudanças”. In: Nilson do Rosário Costa & José Mendes Ribeiro (org.) *Política de Saúde e Inovação Institucional*, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ (pp. 69-98).

\_\_\_\_\_. (1996), Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica”. *Saúde e Sociedade, São Paulo : Revista da Faculdade de Saúde Pública da USP/Associação Paulista de Medicina*, V 5(2): 3-57.

ABRUCIO, F. L. (1994), Os Barões da Federação. *Lua Nova [online]*. vol. 33, pp.165-183.

\_\_\_\_\_. (2010), Federalismo e Políticas Públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: Levy, Evelyn; Medeiros, Paulo César. (Org.). *Construindo uma Nova Gestão Pública*. NATAL: SEARHH/RN, v. 1, p. 23-51.

AFONSO, J. R. (1994), *Descentralização Fiscal na América Latina: Estudo de Caso do Brasil*. Santiago, Naciones Unidas/Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

AFFONSO, R. B. A. (2000), Descentralização e reforma do Estado: a Federação brasileira na encruzilhada. *Economia e Sociedade*, Campinas, (14): 127-152.

ARRETCHE, M. (2000), *Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização* -Rio de Janeiro, Revan.

\_\_\_\_\_. (2002), Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *Dados [online]*. 2002, vol.45, n.3, pp.431-458.

\_\_\_\_\_.(2003), Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência& Saúde Coletiva* 8(2), 331-345.

\_\_\_\_\_. (2004), *Federalismo e Políticas Sociais no Brasil*. São Paulo em *Perspectiva*, 18(2): 17-26.

\_\_\_\_\_. (2005), *A Política de Saúde no Brasil*. In: *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS* . Lima, N. Gerschman, S. Edler, F. Suárez (orgs) Rio de Janeiro. Fiocruz. P. 285-306.

BAHIA, L. (2005), *O SUS e os desafios da Universalização do Direito à Saúde*. In: *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS* . Lima, N. Gerschman, S. Edler, F. Suárez (orgs) Rio de Janeiro. Fiocruz. P. 407-449.

\_\_\_\_\_.(2010). “Federalismo e Igualdade Territorial: uma contradição em termos? *DADOS Revista de Ciência Sociais*, Rio de Janeiro, v.53 (3), pp. 587-620.

\_\_\_\_\_. (2013), *Quando instituições federativas fortalecem o governo central?* São Paulo . *Novos estud. - CEBRAP* no.95

BRAY, J. C.; FERREIRA, E. R.; RUAS, D. G. G., (2000). *As políticas da agroindústria canavieira e o Proálcool no Brasil*. São Paulo: Unesp-Marília-Publicações.

BRASIL. Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

\_\_\_\_\_. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 28 dez.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia de referência para a sua criação e organização*. Brasília. 1992.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 33 de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento *Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde*.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. *Diário Oficial da União*, 2003; 4 dez. nº 236, seção 1; p. 57, col.v.

\_\_\_\_\_. *O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais*. Brasília: Ministério de Saúde 2001.

\_\_\_\_\_. Diretrizes nacionais para a capacitação de conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Lei 9.478 de 06 de agosto de 1997. Dispõe sobre a política energética nacional, as atividades relativas ao monopólio do petróleo, institui o Conselho Nacional de Política Energética e a Agência Nacional do Petróleo e dá outras providências. DOU. 7/8/1997.

\_\_\_\_\_. Lei 7.990 de 28 de dezembro de 1989. Institui, para os Estados, Distrito Federal e Municípios, compensação financeira pelo resultado da exploração de petróleo ou gás natural, de recursos hídricos para fins de geração de energia elétrica, de recursos minerais em seus respectivos territórios, plataforma continental, mar territorial ou zona econômica exclusiva, e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 - 29/12/1989, Página 24782.

\_\_\_\_\_. Lei 7.525 de 22 de Julho de 1986. Estabelece normas complementares para a execução do disposto no art. 27 da Lei nº 2.004, de 3 de outubro de 1953, com a redação da Lei nº 7.453, de 27 de dezembro de 1985, e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 - 23/7/1986, Página 10881.

\_\_\_\_\_. Lei 7.453 de 27 de Dezembro de 1985. Modifica o artigo 27 e seus parágrafos da Lei nº 2.004, de 3 de outubro de 1953, alterado pela Lei nº 3.257, de 2 de setembro de 1957, que "dispõe sobre a Política Nacional de Petróleo e define as atribuições do Conselho Nacional do Petróleo, institui a Sociedade por Ações Petróleo Brasileiro Sociedade Anônima e dá outras providências". Diário Oficial da União - Seção 1 - 30/12/1985, Página 19289.

\_\_\_\_\_. Lei 2.004 de 03 de outubro de 1953. Dispõe sobre a Política Nacional do Petróleo e define as atribuições do Conselho Nacional do Petróleo, institui a Sociedade por ações Petróleo Brasileiro Sociedade Anônima, e dá outras providências. DOU. Seção 1 - 3/10/1953, Página 16705.

CAMPOS DOS GOYTACAZES (RJ). Lei 6899 de 14 de dezembro de 1999. Autoriza o Chefe do executivo a destinar recursos de royalties do petróleo para a saúde e dá outras providências. Diário Oficial do Município.

\_\_\_\_\_. Decreto 49 de 25 de agosto de 1989. Aprova os Estatutos da Fundação Dr. João Barcelos Martins, autorizada pela Lei Municipal 4841/89. Diário Oficial do Município. 27/08/1989.

\_\_\_\_\_. Decreto 88 de 27 de dezembro de 1990. Aprova os novos Estatutos da Fundação Dr. João Barcelos Martins, entidade instituída pela Lei Municipal 4841/89. Diário Oficial do Município. 28/12/1990.

\_\_\_\_\_. Decreto 132 de 17 de setembro de 1997. Altera o Estatuto da Fundação Dr. João Barcelos Martins. Diário Oficial do Município. 17/09/1997.

\_\_\_\_\_. Lei 7293 de 09 de setembro de 2002. Aprova o Regimento interno do Hospital Geral de Guarus e cria os cargos que passarão a integrar o organograma da Fundação João Barcelos Martins.

CAMPOS, G. W.S. (2007), O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.12, suppl., pp.1865-1874.

CARVALHO, G. (2001), A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.6, n.2, pp.435-444.

CARVALHO, A. I. (1998), Os Conselhos de Saúde, Participação Social e Reforma do Estado. *Ciênc. saúde coletiva* vol.3 n<sup>o</sup>.1 Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. (1995), Conselhos de Saúde no Brasil. Participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM.

\_\_\_\_\_. (1999). Política de Saúde e Organização Setorial do País. Documento preparado para o Curso de Especialização à Distância Auto-gestão em Saúde, pp: 15-44, Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ

CORDEIRO, H. (1991) Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial.

CORTES, S.M.V. (1998), Conselhos Municipais de Saúde: A Possibilidade dos Usuários Participarem e os Determinantes da Participação. *Ciênc. saúde coletiva* vol.3 n<sup>o</sup>.1 Rio de Janeiro

\_\_\_\_\_. (2002), Participação de usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e de Assistência Social de Porto Alegre. In: PERISSINOTTO, R.; FUKS, M. (Orgs.). *Democracia, teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 167-209.

\_\_\_\_\_. (2002), Construindo a possibilidade de participação de usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*. Porto Alegre. Vol. 4(7):18-49.

\_\_\_\_\_. (2005), Arcabouço histórico-institucional e a conformação de conselhos municipais de políticas públicas. *Educ. rev.* [online], n.25, pp.143-174

CORTES, S.M.V. et al. (2009), Conselhos municipais de saúde da região metropolitana de Porto Alegre: funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais. In: CÔRTEZ, SV., org. *Participação e saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 145-176.

COTTA, R.; CAZAL, M. M. & MARTINS, P. C. (2010), Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.15, n.5, pp.2437-2445.

CRESPO, N. (2003). E Campos dos Goytacazes perde a corrida do petróleoA formação de um cluster petrolífero nos municípios da Bacia de Campos. In: PIQUET, Rosélia (org). *Petróleo, royalties e região*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 239-256.

CRUZ, J. L & TERRA, D. T.C. (2018), Impactos Territoriais da indústria etrolífera na bacia de Campos-RJ. In *Transformações em curso na indústria petrolífera – Piquet, R. ; Pinto Junior, H.* Rio de Janeiro. CNPQ/UCAM - Campos

DAIN, S. (2007). Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12(sup), Rio de Janeiro –RJ.

\_\_\_\_\_, (2009) Os impasses do financiamento fiscal do SUS . *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v.6, n.3, p.623-631, nov 2008-fev 2009 - Rio de Janeiro.

DAL POZ, M. R. & PINHEIRO, R. (1998), A Participação dos Usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e seus Determinantes. Rio de Janeiro . *Ciênc. saúde coletiva* vol.3 no.1.

DRAIBE, S. M. (1997), Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. *São Paulo em Perspectiva*, v. 11, n. 4, p. 3-15.

\_\_\_\_\_. (1993), O welfare state no Brasil: características e perspectivas. Campinas-SP. Unicamp. NEPP- Caedro n° 8.

SCOREL, S. (2008), História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: Giovanella, L.; Scorel S.; Lobato L.V.C.; Noronha J.C.; Carvalho, A.I. (orgs). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CEBES.

SCOREL, S. ; MOREIRA. M. R. (2008), Participação social. In: Giovanella, L.; Scorel S.; Lobato L.V.C.; Noronha J.C.; Carvalho, A.I. (orgs). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CEBES.

FALLETI, T.G. (2006), Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. Porto Alegre. *Revista Sociologias*, ano 8, nº 16, p. 46-85

FAVERET, P. & OLIVEIRA, P.J.,1990. “A Universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema da saúde”. *Planejamento e Políticas Públicas*, nº 3, pp: 139-162, junho, IPEA.

FIORI, J. L. (1995), O Federalismo diante do desafio da Globalização, *in* R.B.A. Affonso e P.L.B. Silva (orgs.) - *A Federação em Perspectiva: Ensaios Selecionados*. São Paulo, Fundap, pp. 19-38.

\_\_\_\_\_. (2001), 60 Lições dos 90. São Paulo, Ed. Record.

GAEDTKE, K. M. & GRISOTTI, M. (2011), Os Conselhos Municipais de Saúde : uma revisão da literatura sobre seus limites e potencialidades. Florianópolis- SC. *Revista Política & Sociedade*, vol 10 nº 19.

GERSCHMAN, S. et all (2003), O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. Rio de Janeiro. *RAP* v.37 n.2.

GERSCHMAN, S. (2004), Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Caderno de Saúde Pública*; 20(6):1670-1681.

GERSCHMAN, S. & SANTOS, M.A.B. (2004), “As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores”, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9(3), p.795-806, Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. (2006), “O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX”, *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 21, n. 61, Rio de Janeiro.

GERSCHMAN, S. et all. (2007), Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciênc. saúde coletiva*[online]. vol.12, n.2.

GOBETTI, S. W. (2011), *Federalismo Fiscal e Petróleo No Brasil e no Mundo- TD 1669*. Brasília – DF. IPEA.

GUIMARÃES, M. C. L. (2000), *Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais da Bahia - 1993-1998*. Tese de Doutorado- Universidade Federal da Bahia.

HORTALE, V. A. (1997), O conceito de descentralização aplicado aos serviços de saúde: dimensões, padrões e regularidades. *RAP*, Vol31 n. 3, p.23-35.

IMMERGUT, E. (1992), *Health Politics – Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge Studies in Comparative Politics. New York: Cambridge University Press. Cap. 1 e 2 (pp. 01-67)

LEAL, J.A. & SERRA, R. (2003), Uma investigação sobre os critérios de repartição dos royalties petrolíferos. In: Piquet, R. (org) *Petróleo, Royalties e Região*. Rio de Janeiro. Ed. Garamond (p.163-184).

LEVCOVITZ, E. ; LIMA, L. & MACHADO, C. V. (2001), Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. saúde coletiva*[online]. vol.6, n.2, pp.269-291.

LIMA, L.D. (2007), *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. 1.ed. Rio de Janeiro: Museu da República, v. 1.

\_\_\_\_\_. (2007), Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.12, n.2, pp.511-522.

LOBATO, L. de V. C.(2002), *Reforma Sanitária e Reorganização do Sistema de Serviços de Saúde: Efeitos Sobre a Cobertura e a Utilização de Serviços*, Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

LUZ, M.T., As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80, in *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80* - Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1994.

MARQUES, E. & ARRETCHE, M. (2002), *Condicionantes locais da Descentralização das Políticas de saúde*. Caxambu – MG . XXVI Encontro Anual da ANPOCS- GT 14.



MATOS, C. A. & POMPEU, J. C. (2003), "Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores de serviço privados e o SUS". *Ciência e Saúde Coletiva*, 8 (2): 629-644.

MATTOS, R.A. & COSTA, N. R. (2003), "Financiando o SUS: algumas questões para debate". *Trabalho, Educação e Saúde*, 1 (2): 315-334.

MONTEIRO, M. R. (2011), Homens da cana e hospitais do açúcar: uma arquitetura da saúde no Estado Novo, Rio de Janeiro, Hist. cienc. Saúde - Manguinhos vol.18 supl.1.

RIBEIRO, J.M. (1997), Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Volume 13 Nº 1 Págs 81- 92.

MELO, M. A. (1996), Crise federativa, guerra fiscal e hobbesianismo municipal: efeitos perversos da descentralização? *Revista São Paulo em Perspectiva*, n. 10, p. 11-20.

\_\_\_\_\_. (2001), A política da ação regulatória: responsabilização, credibilidade e delegação. *Rev. bras. Ci. Soc.*[online]. vol.16, n.46, pp.56-68.

\_\_\_\_\_. (2005) O Sucesso Inesperado das Reformas de Segunda Geração: Federalismo, Reformas Constitucionais e Política Social. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, Vol. 48, no 4, pp. 845 a 889.

MELO, M.V.M. (2004) Impactos da “Consulta Social” no acesso ao sistema de saúde do município de Campos dos Goytacazes – RJ. In: Piola, S.F. & Jorje, E.A (orgs).- *Premio em Economia da Saúde- Coletânea premiada – Brasília – DF: IPEA (págs 325-365)*

MENICUCCI, T. M. G. (2005), Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL (2017), Portaria nº 3.992, de 28/12/2017. Trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28/09/2017, que contemplava a portaria nº 204/2007.

MONIE, F. (2003), Petróleo, industrialização e organização do espaço regional regional. In: Piquet, R. (org) *Petróleo, Royalties e Região*. Rio de Janeiro. Ed. Garamond (p.257-286).

MORAES, M. A. F. D. (2007) O mercado de trabalho da agroindústria canaveieira: desafios e Volume 43 | Nº 04 | Outubro - Dezembro | 2012 159 oportunidades. *Economia Aplicada*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 605-619.

MOREIRA, M.R. ; ESCOREL, S. (2009), Conselhos Municipais de Saúde: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Revista Ciência e Saúde Coletiva (especial Dossiê 20 anos SUS)*. Rio de Janeiro: Abrasco.

MOREIRA, L.M. de C.; FERRE, F. & ANDRADE, E. I. G. (2017) Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.22, n.4, pp.1245-1256.

MORITA, I.; CONCONE, M. H. V. B. Conselho e conselheiros municipais de saúde: que trama é esta? *Ciências Sociais Unisinos*, São Leopoldo, v. 38, n. 161, p. 147-167, jul./dez. 2002.

MORITA I.; GUIMARÃES, J.F.C. ; MUZIO, B.P. (2006), A Participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? *Revista Saúde e Sociedade*. Vol. 15, n. 1.

NORTH, D. (1995), "Institutions, Institutional Change and Economic Performance" *Political Economy of Institutions and Decisions* – Cambridge University Press.

NORONHA, J. C. De & LEVCOVITZ, E., 1994. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80* (R. Guimarães & R. Tavares, orgs.), Rio de Janeiro: ABRASCO-IMS-UERJ.

OLIVEIRA, L. C. & PINHEIRO, R. (2010), A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. Rio de Janeiro . ABRASCO. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 15, núm. 5, 2010, pp. 2455-2464.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. (1996), *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco.

OLIVEIRA, F. G. (2003), Reestruturação produtiva e regionalização da economia no território fluminense. São Paulo, 2003. 231 p. Tese (Doutorado) – Geografia, Universidade de São Paulo (mimeo).

PAIM, J. N. S. (1989), As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Espaço para a Saúde*, v. 1, p. 18-24.

PESSANHA, R.M. & SILVA NETO, R. Economia e Desenvolvimento no Norte Fluminense da cana de açúcar aos royalties do petróleo. Campos dos Goytacazes – RJ: Editora WTC, 2004.

PINHEIRO, R. & DAL POZ, M.R. (1998), A Participação dos Usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e seus Determinantes. Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva* vol.3 no.1.

PINTO, M. C. (2003), O Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes: a gestão 1998/2000. Dissertação de Mestrado em Políticas Sociais – Rio de Janeiro. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro.

PINTO, J.R.P. (1995), O Ciclo do Açúcar em Campos. Rio de Janeiro: ERCA Editora e Gráfica Ltda.

PIQUET, R. (2003) Da cana ao petróleo: uma região em mudança. In: Piquet, R. (org) *Petróleo, Royalties e Região*. Rio de Janeiro. Ed. Garamond (p.219-238).

PORTELA, M. C. et all (2000), Estudo sobre os Hospitais Filantrópicos do Brasil. Rio de Janeiro. RAP v.34 n.2 .

PORTELA, M. C. et all (2004), Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. São Paulo. Rev. Saúde Pública vol.38 n.6.

PORTO, S.M.; SANTOS, I. S.; UGÁ, M.A. (2006), A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva vol.11 nº4.

PRADO, S. (Coord.); QUADROS, W. & CAVALCANTI, C. (2003) Partilha de Recursos na Federação Brasileira. São Paulo. Fapesp/Brasília. IPES, 245 P.

SANTOS Jr, O.A.S, RIBEIRO, L.C.Q, AZEVEDO, S. (2004) organizadores. Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, Fase.

SERAPIONI, M. & ROMANI, O. (2006), Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. Caderno de Saúde Pública; 22(11):2411-2421.

SERRA, R. & PATRÃO, C.(2003). Impropriedades dos critérios de distribuição dos royalties no Brasil In: Piquet, R. (org) Petróleo, Royalties e Região. Rio de Janeiro. Ed. Garamond (p.185-216).

SERRA, R, TERRA, D & PONTES, C.(2006). Os municípios petro-rentistas fluminenses: gênese e ameaças. Revista Rio de Janeiro, n.18-19, jan.-dez.

SILVA, R. D. (2009), “Estrutura Industrial e Desenvolvimento Regional no Estado do Rio de Janeiro (1990-2008)” Tese de Doutorado. Unicamp – SP

SILVA, M.C. (2010), Militâncias e eleitorado em Campos dos Goytacazes: entre clãs, tribos e republicanismo Revista Vértices, Campos dos Goytacazes/RJ, v. 12, n. 3, p. 59-69.

SIQUEIRA, J. C. (2011). A Implementação da Assistência à Saúde no Norte Fluminense: O Caso do Município Pólo de Campos dos Goytacazes. Tese de Doutorado – ENSP/ FIOCRUZ.

SOUZA, C. (1996), Reinventando o poder local: limites e possibilidades do federalismo e da descentralização. *Revista São Paulo em Perspectiva*, n. 10, p. 103-112, 1996.

\_\_\_\_\_. (1998), Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: O Impacto do Federalismo e da Descentralização. Revista Dados vol. 41 n. 3 Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. (2001), Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências. Lua Nova [online]. n.52, pp.5-28.

TERRA, D. C. T. (2003). A formação de um cluster petrolífero nos municípios da Bacia de Campos. In: PIQUET, Rosélia (org). *Petróleo, royalties e região*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 287-307.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C. & ALMEIDA, C. M. (2000). Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*[online]. vol.5, n.1, pp.133-149.

TRAVASSOS, C. VIACAVA, F. & LAGUARDIA, J. (2008), Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. vol.11, suppl.1, pp.98-112.

UGÁ, M. A. ; PIOLA, S. F. ; PORTO, S. M. & VIANNA, S. (2003), Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.2, pp.417-437.

UGÁ. M. A. D. & MARQUES, R.M. (2005), o Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In Trindade, N., Gerschman, S.; *saúde e democracia-Histórias e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

UGÁ. M. A. D.& PORTO, S.M. (2008), Financiamento e Alocação de recursos em Saúde no Brasil. In: Giovanella, L.; Lobato, L; Escorel, S Carvalho & Noronha. "Políticas e Sistema de Saúde no Brasil".

VAN STRALEN, C. J. et al (2006), Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Rio de Janeiro *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.11, n.3, pp.621-632.

VENANCIO, Viviane A. S. (2001), A descentralização do Setor Saúde no município de Campos dos Goytacazes na Década de 90. Dissertação de Mestrado, ENSP-FIOCRUZ.

VIANA, A. L. (2008), Financiamento da saúde: impasses ainda não resolvidos. *Trab. educ. saúde* [online]. vol.6, n.3, pp.599-612.

VIANA, A. L. et al. (2002) Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*[online]. vol.18, suppl., pp.139-151.

VIANA, A.L., SILVA, H.P. & ELIAS, P.E. (2007), Economia Política da Saúde: introduzindo o debate. Rio de Janeiro . *Saúde para Debate*, n. 37, p 7-20.

VIANA, A.L. & ELIAS, P.E. (2007), Saúde e Desenvolvimento. Rio de Janeiro. *Revista Ciencia & Saúde Coletiva*, 12 (sup), P. 1765-1777.

VIANA, A. L.& MACHADO, C.V.(2008) Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis* [online], vol.18, n.4, pp. 645-684.

YIN, R. (2004), *Estudos de casos: planejamento e métodos* - 2 Ed. Ed Vozes - Petrópolis – RJ

## ANEXOS

## Anexo 1

Jornal Folha de Marabá 10/1/2002

| GERAL |

4

RELATÓRIO DE SADDAN

O porta-voz da Casa Branca, Ari Fleischer, disse que Saddam Hussein terá que entregar um relatório sobre suas armas de destruição em massa, até dia 8.

ARGUINHO



---

| SAÚDE |

## Hospitais querem mais R\$ 25 milhões para SUS

Reunião aconteceu na manhã de ontem, com presença de diretores de entidades e quatro vereadores

A emenda do orçamento de 2003 para os quatro hospitais que fazem atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) foi discutida na manhã de ontem, na Santa Casa de Misericórdia de Campos. Os hospitais querem um acréscimo de R\$ 25 milhões. A reunião contou com as presenças de diretores das entidades e de quatro vereadores, inclusive do presidente da Câmara Municipal de Campos, Nelson Nahin.

Representantes da Santa Casa de Misericórdia, Beneficência Portuguesa, Hospital Álvaro Alvim e Hospital dos Plantadores de Cana, através do Sindicato das Entidades Assistenciais, Filantrópicas e Beneficentes da Região Norte Fluminense, solicitam através do orçamento, que será votado este mês na Câmara, o acréscimo para o atendimento aos assistidos do SUS. O orçamento total destinado à Saúde é de R\$ 55.603,882 milhões.

Segundo o provedor da Santa Casa, Benedito Marques, a Lei Federal 8080 fala sobre a obrigatoriedade dos municípios, que têm condições financeiras, de dividir com o Estado parte da verba destinada à saúde.

— O município tem condições de atender à emenda com o dinheiro dos *royalties*. Se esse repasse não for feito, os hospitais terão que deixar de atender aos pacientes. O teto destinado aos conveniados vem sofrendo cortes de 150% — diz.

Em companhia dos vereadores Renato Barbosa, dona Penha, Edson Batista, Nelson Nahin disse que todo Legislativo tem consciência da importância de aprovar emenda.

CARLOS EMI



**POSITIVO** Nahin explicou que Legislativo é a favor do pedido

### Órgão não recebeu pedido

A subsecretária municipal de Saúde, Jaira Calil, disse que a proposta foi levada à Câmara pelo diretor do Hospital Álvaro Alvim, Mackol Mousalem pedindo que fossem acrescentados R\$ 2 milhões no orçamento da saúde municipal, mas que já existe um orçamento no Ministério da Saúde.

Ela informa que o pedido não foi feito formalmente à secretaria, que quando isso acontecer, será estudado e, posteriormente, enviado à Câmara para avaliação.

Um dos problemas destacados pela subsecretária é o fato de Campos receber pacientes de outros municípios e por isso a necessidade de estudar bem as propostas das entidades.



## Anexo 2

# Hospitais querem verba do município

Diretores de hospitais públicos de Campos se reuniram com vereadores para reivindicar recursos

Diretores dos hospitais Santa Casa de Misericórdia de Campós, Plantadores de Cana, Beneficência Portuguesa e Álvaro Alvim reuniram-se ontem com os vereadores Renato Barbosa, Maria da Penha Martins, Edson Batista e o presidente da Câmara Nelson Nahim, no Salão Nobre da Santa Casa, para discutir o orçamento municipal. Os diretores pediram aos edis que apresentassem emenda solicitando aumento da verba destinada à saúde. Renato Barbosa pedirá um acréscimo de R\$25 milhões.

A intenção da emenda é auxiliar as atividades dos hospitais, que direcionam seus trabalhos para uma significativa maioria carente, que não paga pelo atendimento. A Santa Casa,

por exemplo, tem 85% de suas atividades pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é gratuito.

A verba que os hospitais recebem pelo SUS vem do Governo Federal. Dos governos estadual e municipal, nada chega. "Há uma lei, de número 8080, afirmando que o município que tiver condições deve colaborar com os hospitais, deve ajudar", comentou o administrador da Santa Casa, Paulo César Campista de Abreu.

O provedor da Santa Casa, Benedito Marques, sugeriu que o mesmo valor destinado pelo Governo Federal a cada hospital, referente ao SUS, fosse destinado também pela prefeitura local. Com base nestes cálculos, o vereador Renato Barbosa preparou

sua emenda, que foi apresentada ainda ontem na Câmara. Ele sugere que a verba anual de Saúde seja alterada de R\$30 milhões para R\$55 milhões.

"O aumento da verba orçamentária da Saúde em R\$25 milhões tem por finalidade que a Prefeitura complemente os honorários médicos e dos repasses aos hospitais do SUS correspondente a duas vezes o valor total da tabela do SUS", justificou Barbosa na emenda.

Nelson Nahim comentou que a emenda será apresentada, mas não pode garantir sua aprovação. "A aprovação só acontece se 14 vereadores votarem a favor. Eu espero que eles dêem seus votos, assim como eu darei o meu", concluiu.

MONITOR CAMPISTA  
NOV 2002

## Anexo 3

17/11/2002

**6** | **GERAL** |

Arquivo



**FACULDADE DE DIREITO ENCERRA INSCRIÇÃO**

Termina amanhã as inscrições para o vestibular da Faculdade de Direito de Campos. O diretor Levi Quaresma disse que elas não serão prorrogadas.

CARLOS GREVI



**FILAS** Para conseguir em Campos uma consulta através do Sistema Único de Saúde

| **SAÚDE** |

# Consulta pelo SUS implica sofrer nas filas

Sistema de agendamento não atende toda a demanda

Mesmo com o esquema de agendamento, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda estão tendo que enfrentar filas durante a madrugada.

**Solução estaria na total informatização**



## Anexo 4

## Aprovada verba para a Saúde

**Prefeitura vai liberar R\$ 22 milhões para hospitais**

Antônio Leudo

A Câmara Municipal aprovou na sessão da última quarta-feira, em 1º turno, projeto dos vereadores Edson Batista (PV) e Dante Lucas (PSB) autorizando à Prefeitura de Campos a firmar convênio com os quatro hospitais filantrópicos da cidade ligados ao ensino: Hospital dos Plantadores de Cana, Santa Casa de Misericórdia, Beneficência Portuguesa e Álvaro Álvim. Com isso, as unidades passarão a contar com uma verba anual de R\$ 22 milhões para ser utilizada no pagamento extrateto que o Sistema Único de Saúde (SUS) não vinha repassando.

Ao tomar conhecimento da aprovação do projeto, o presidente do Sindicato dos Hospitais Filantrópicos do Norte Fluminense, Mackoul Moussalem, se mostrou surpreso. "Ainda não havia sido informado, sabia que estava para ser votado pela Câmara. A tendência é que a situação comesse a se regularizar", comentou ele. No ano passado em uma reunião en-



OS VEREADORES Edson Batista (PV) e Dante Pinto Lucas (PSB) são os autores do projeto

tre a prefeitura, Ministério Público e Sindicato dos Hospitais, ficou definido que o governo municipal complementaria sempre que o teto fosse ultrapassado.

O problema, segundo informou recentemente o provedor da Santa Casa de Misericórdia de Campos, Benedito Marques, é que o valor do teto é o mesmo há quase

três anos e não suporta mais a demanda de atendimentos. Na época os hospitais chegaram a entrar com ação judicial para que a situação fosse regularizada. O convênio estava previsto no orçamento da prefeitura para 2003. A verba para a saúde é de R\$ 30 milhões.

Moussalem informou que o teto de Campos é de R\$ 1,6

milhão. Porém, como a demanda ultrapassa esse valor em pelo menos R\$ 600 mil, as quatro unidades acabam não recebendo. Com a dificuldade provocada pelo não pagamento total da verba chegou a ser ventilada a possibilidade dos hospitais diminuírem em até 50% a quantidade de atendimentos a cada mês.

29 / março / 2003  
**Firian reúne lideranças femininas**

Ano 2003

## Anexo 5

### Os Hospitais na UTI

A dramática situação dos hospitais filantrópicos e de ensino de Campos não pode mais ser mantida oculta sob bem intencionados discursos e pouca ação efetiva. O risco de paralisação de setores indispensáveis ao atendimento médico à população existe e não se restringe apenas ao mau funcionamento das maternidades. Na verdade, os hospitais filantrópicos e de ensino só não ingressaram ainda na fase terminal graças à competência, boa vontade e eficiência de pessoas como a Secretária Municipal de Fazenda, Elisa Maria Sence, que tem se desdobrado para atender as carências dos citados órgãos de prestação de serviços hospitalares contornando os obstáculos impostos pela burocracia oficial.

Em contraponto, o que poderia tirar do tubo de oxigênio os hospitais filantrópicos e de ensino, a liberação dos recursos oriundos da Emenda Orçamentária de 28 de dezembro de 2002, virou uma novela de mau gosto. Já aprovada e sancionada, a emenda prevê o aumento da verba da Saúde em R\$ 20 milhões e tem "por finalidade que a Prefeitura de Campos dos Goytacazes complemente a os repasses aos hospitais filantrópicos e ligados ao ensino". O prefeito Arnaldo Vianna, ele próprio médico e conhecedor dos problemas administrativos de uma rede hospitalar que atende basicamente pacientes do Sistema Único de Saúde e que, desde 1996, não teve um único reajuste nas tabelas de serviços prestados, tem colaborado bastante para evitar o colapso dos serviços.

Tal como a sua dedicada secretária de Fazenda, busca acelerar os procedimentos e vencer a burocracia miope. O mesmo não acontece, infelizmente, com os que seriam os interlocutores naturais dos administradores dos hospitais filantrópicos e de ensino com o poder público. Impossível entrar em contato com o Secretário de Saúde, Dr. Alexandre Mocaiber. Em plena era da telemática, seus computadores não registram mails, celulares nunca atendem e telefonia comum, nem pensar. Nunca está disponível para reuniões ou encontros com dirigentes da rede hospitalar. Culpa do excesso de compromissos, de festas e atividades outras não relacionadas com a questão da saúde? Não sabemos. O fato é que os compromissos financeiros dos hospitais se avolumam e os recursos que poderiam reverter a difícil situação em que se encontram não são liberados a tempo e a hora.

Os hospitais da rede pública municipal, principalmente os das prefeituras beneficiadas com os *royalties* devido a condição de municípios produtores de petróleo, pagam melhores salários aos profissionais da área de saúde, especialmente, os plantonistas. O que tem provocado a evasão desses profissionais de áreas críticas da assistência médica hospitalar da rede filantrópica e de ensino.

Uma política salarial digna, que tentamos implementar também. E será viável, graças a atitude responsável de toda a Câmara Municipal que, acima das divergências partidárias, aprovou a emenda orçamentária sancionada pelo Executivo Municipal, onde o Prefeito Arnaldo Vianna estabelece condições para que a rede hospitalar filantrópica e de ensino tenha complementado os repasses do SUS.

Para que isto ocorra não basta que os administradores dos hospitais filantrópicos e de ensino, sejam diligentes e competentes. É preciso mais que discursos, é preciso ação efetiva da municipalidade, consubstanciada na efetiva participação do Sr. Secretário de Saúde, Dr. Alexandre Mocaiber, na discussão e resolução de problemas que afetam a comunidade como um todo.

Urge que se liberem os recursos autorizados pela emenda orçamentária proposta pelo Prefeito Arnaldo Vianna. E que sejam, o mais rápido possível, restabelecidos os canais permanentes de comunicação entre os administradores hospitalares e a Secretaria de Saúde, reduzindo ao mínimo necessário, os procedimentos burocráticos. O que irá viabilizar as condições para que a comunidade tenha, cada vez mais, um atendimento médico hospitalar diversificado e com a qualidade que exige e merece.

Dr. Jorge Luiz Almeida Miranda  
Dr. Marco Antonio Gomes Velloso de Carvalho  
Diretores da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos e Professores de Clínica  
Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Campos

*Journal Folha da Manhã da semana  
de 23 a 30 de junho de 2003*



## Anexo 6

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS  
 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

1

**Ata da Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde do Município de Campos dos Goytacazes, realizada aos vinte e dois dias do mês de julho de dois mil e três.**

Aos vinte e dois dias do mês de julho de dois mil e três, no auditório do Centro de Referência da Criança e do Adolescente, foi realizada a Reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes /RJ, com a presença: **Poder Público:** Edílson de Oliveira Quintanilha e Maria das Graças Castelo Branco Coelho; **Entidades Formadoras de Recursos Humanos:** Doutor Jair Araújo Júnior- Faculdade de Medicina de Campos; Almir Ribeiro Figueiredo- Faculdade de Odontologia de Campos; **Entidades Prestadoras de Serviço na Área de Saúde :** Doutor Benedito Marques dos Santos Filho - Santa Casa de Misericórdia de Campos; Doutor Airton Stingelin Crespo - Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia; **Entidades Representativas dos Profissionais de Saúde :** Abel da Silva Santos - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; Maria Clélia Pinto Coelho - Conselho Regional de Serviço Social; Renato Rabelo Amoy - Sindicato dos Médicos de Campos; **Representantes dos Usuários :** Vera Lúcia Coutinho Silva - Associação Comunitária de Mulheres de Campos dos Goytacazes; Miguel Ribeiro Machado - Associação de Moradores e Amigos do parque São Benedito; Delso Gomes Azevedo - Associação Campista dos Aposentados e Pensionistas; Eraldo Bacelar da Silva - Fundação Rural de Campos; Maurício Guimarães Maciel - Fundação Norte Fluminense Regional e Desenvolvimento; Vilma Mota Pereira - Associação dos Produtores Rurais - Assentamento Zumbi dos Palmares - Núcleo I; Marília Menezes Dutra - Núcleo de Ostomizados Campos dos Goytacazes; Renildo Santiago Goulart - Associação dos Crônicos Renais e Transplantados do Norte e Noroeste do Estado do Rio de Janeiro; Genilda Alves Freitas Souza - Associação dos Moradores e Amigos do Novo Joquei; Ivana de Oliveira Martins - Associação dos Agentes Comunitários de Saúde; Gesilene Monteiro da Silva - Pastoral da Criança - Paróquia Nossa Senhora da Aparecida - Guarus; Maria Eliete Terra Chagas - Associação de Moradores de Ibitioca; Nilson Bastos Guitton - Pastoral da Saúde - Diocesana de Campos; Arineia S. Moraes - Associação de Moradores de Quilometro Oito. A pauta constou dos seguintes assuntos : **1) Leitura e Aprovação da Ata; 2) Leitura do Expediente; 3) Informações sobre convênio para ajuda financeira aos Hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde; 4) Apresentação do Relatório Financeiro; 5) Credenciamento do Hospital Geral de Guarus - "Assistência à pessoa portadora de deficiência física"; 6) Assuntos Gerais.** O Presidente do

Ano 2003



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS  
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

2

Conselho Municipal de Saúde, Doutor Alexandre Mocaiber, deu início a reunião com a leitura e aprovação da ata da última reunião de forma unânime. Inicialmente, o Conselheiro Delson Gomes Azevedo pediu a retificação de seu nome. O Conselheiro Airton Crespo fez referência a Lei Municipal que contempla os hospitais que prestam serviços para o Sistema Único de Saúde com finalidade filantrópica, na sua opinião o hospital Doutor Beda e o Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia ficaram prejudicados. O Presidente fez referência sobre o assunto informando que estava sendo realizada uma reunião na Procuradoria Geral com os representantes dos hospitais para solucionar o impasse sobre repasse e o teto para cada hospital conveniado ao Sistema Único de Saúde; Doutor Mackoul Moussallem - Hospital Escola Álvaro Alvim; Doutor José Manoel Moreira - Hospital dos Plantadores de Cana; Senhor Benedito Marques dos Santos Filho - Santa Casa de Misericórdia de Campos; Doutor Marco Antônio Gomes Veloso de Carvalho - Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, justificando o atraso dos mesmos. O Conselheiro Jair Araújo pediu a palavra para discorrer sobre o Fórum de Educação Médica, para docentes e discentes das Escolas Médicas, profissionais dos Serviços e de outras profissões da área de saúde, além de gestores federais, estaduais e municipais, de entidades médicas, das demais profissões da área de saúde e usuários a realizar-se nos dias quinze e dezesseis de agosto de dois mil e três, na UNIRIO - Avenida Pauster número quatrocentos e cinqüenta e oito - Prédio do CCH - URCA - Rio de Janeiro. O expediente encaminhado pela Associação Brasileira de Educação Médica encontra-se na Secretaria Executiva deste Conselho. A Conselheira Maria Cléria Pinto Coelho se manifestou para explanar sobre a importância da participação dos representantes do Conselho Municipal na Décima Segunda Conferência Nacional de Saúde para o ano de dois mil e três e que tal Conferência deverá ser precedida das Conferências Municipal e Estadual, apresentando o cronograma, ressaltou a Conselheira que se não for realizada a Conferência Municipal não poderá ser indicado os delegados para participarem da Conferência Nacional; Argumentou que o Conselho através de suas comissões tem capacidade para organizar a Conferência Municipal e não ir à Conferência Estadual e Nacional seria uma lacuna. A Conselheira Maria Cléria sugere que se indique a Comissão Organizadora com um representante de cada segmento: **Formadores de Recursos Humanos** - Doutor Jair Araújo; **Prestadores de Serviços** - Doutor Airton Crespo; **Profissionais de Saúde** - Maria Cléria Pinto Coelho; **Usuários** - Vera Lúcia Coutinho, Renildo Santiago Goulart, Miguel Ribeiro Machado e Ivana de Oliveira Martins. O Presidente deu a palavra ao Conselheiro Airton Crespo que falou sobre o item convênio para ajuda financeira aos hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde nos seguintes termos: O Conselho é órgão deliberativo e fiscal onde se expressa o posicionamento dos diversos segmentos da sociedade e influenciando nas soluções; a questão da falta de repasse aos hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde é catastrófica em relação aos outros hospitais que foram beneficiados pela Câmara como instituições filantrópicas e de ensino; o Hospital Doutor Beda tem mais de sessenta por cento de produtividade ao atendimento ao Sistema Único de Saúde, já que não pode haver tratamento desigual e todos os hospitais que atendem ao Sistema Único de Saúde são remadores de um barco que carrega a Saúde do Município; os hospitais também



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS  
 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

3

têm dívidas e precisam saudar os seus débitos; esclarece ainda, que da mesma forma que foram ao Ministério Público, vem ao Conselho em busca de ajuda e justiça para resolver o problema e agradece ao Presidente mais uma vez a oportunidade de se manifestar no Conselho solicitando uma solução. O Presidente explicou que a Lei da Câmara que possibilita o auxílio aos hospitais é claro e refere-se apenas aos hospitais filantrópicos e de ensino e que o próprio Ministério Público reconhece que não tem como modificar a Lei da Câmara que beneficia somente os hospitais filantrópicos; vai ser pago o extra teto de janeiro de dois mil e três até agora a todos que fizeram atendimento de Maio independentemente de ser filantrópico ou de ensino; informou ainda que Dr. Wilson de Assis vai estar em Campos dos Goytacazes amanhã, vinte e três de julho e já foi entregue um documento a ele solicitando o valor de AIH para Campos, mas ele disse que o Estado não tem direito; O Presidente confirmou também que todo o tratamento oncológico referente ao extra teto vai ser pago; informa o Presidente que existe uma lei que proíbe o repasse para os hospitais privados. O Conselheiro Airton Crespo insiste dizendo que o Conselho por ser órgão deliberativo pode enviar um requerimento à Presidência da Câmara para rever os termos da lei estendendo os benefícios também aos hospitais privados. O Conselho não aprovou o requerimento em questão. O conselheiro Jair Araújo ponderou que alta complexidade não dá prejuízo e que todos os hospitais querem ter esse tipo de serviço e é uma prerrogativa ter remuneração diferenciada. Após, foi feita a apresentação do Relatório da Comissão de Orçamento e finança do Fundo Municipal de Saúde, referente ao período de junho a dezembro de dois mil e dois, pela Conselheira Relatora da Comissão, Ivana de Oliveira Martins que foi aprovado por unanimidade. O presidente falou sobre o pedido de credenciamento do Hospital Geral de Guarus no que diz respeito a Assistência a pessoa portadora de deficiência física, ou seja, deficiência física e reabilitação, o que foi aprovado por unanimidade. Em assuntos gerais a Conselheira Maria Clélia sobre a Conferência Regional do DST/AIDIS, a ser realizada nos dias catorze e quinze do corrente ano no SENAC com a participação de nove municípios da região Norte Fluminense e a importância de indicar os delegados que representarão o Conselho na Conferência, delegados indicados e aprovados: **Usuários** : Miguel Ribeiro Machado - Associação de Moradores e Amigos do Parque São Benedito; Genilda Alves Freitas Souza - Associação dos Moradores e Amigos do Novo Joquei; Vânia Cristina Coutinho de Souza - Núcleo de Ostomizados Campos dos Goytacazes; Vilma Mota Pereira - Associação dos Produtores Rurais - Assentamento Zumbi dos Palmares - Núcleo I; Gesilene Monteiro da Silva - Pastoral da Criança - Paróquia Nossa Senhora da Aparecida - Guarus; Vera Lúcia Coutinho Silva - Associação Comunitária de Mulheres de Campos dos Goytacazes; Maria Eliete T. Chagas - Associação de Moradores de Ibitioca; Renildo Santiago Goulart - Associação dos Crônicos renais e Transplantados no Norte e Noroeste do Estado do Rio de Janeiro; **Formadores de Recursos Humanos** : Faculdade de Medicina de Campos e Faculdade de Odontologia de Campos; **Poder Público** : O Presidente irá passar a relação a Conselheira Maria Clélia; **Prestadores de Serviços** : a comissão organizadora entrará em contato com os prestadores; **Profissionais de Saúde** : CREFITO e Sindicato dos Médicos. A Senhora Rossana

## Anexo 7

### AUDIÊNCIA PÚBLICA COM TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA

Aos vinte e dois dias do mês de julho do ano de dois mil e três, na sede da Procuradoria-Geral do Município de Campos, Parque Santo Amaro, nesta cidade, nos termos do art. 5º, § 6º, da Lei n.º 7.347/85, reuniram-se em audiência pública tendo comparecido o Secretário Municipal de Saúde, Dr. Alexandre Mocaiber, a Sub-Secretária de Saúde, Dra. Jaira Calil, o Provedor da Santa Casa de Misericórdia, Dr. Benedito Marques; o Diretor do Hospital Escola Álvaro Alvim, Dr. Makhoul Moussallem; o Diretor do Hospital Plantadores de Cana, Dr. José Manuel Corrêa Moreira; o Diretor da Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos, Dr. Marco Antônio Velloso de Carvalho; e representando juridicamente as instituições hospitalares acima nominadas, o Dr. Marcos Bruno, OAB/RJ n.º 2.900, presidida pelo Procurador-Geral do Município de Campos, Dr. Alex Pereira Campos, representando o Município de Campos, CNPJ n.º 29116894/0001-61. Aberta a audiência foram expostas pelos diretores das Unidades Médicas presentes as dificuldades que afligem os hospitais do Município em decorrência dos atendimentos ao SUS, cuja tabela não atende aos custos dos procedimentos médicos, ambulatoriais e hospitalares realizados. Ademais a situação ainda é mais grave em razão do não pagamento dos procedimentos extra-teto que vêm sendo glosados pelos órgãos públicos competentes. Por isso ficou acertado, em trinta e um de julho de 2002, que o Município de Campos se responsabilizaria pelo pagamento do extra-teto, o que foi feito até dezembro do ano passado. Neste ano de 2003, entretanto, nova dívida foi acumulada nos meses de Janeiro a Junho, sufocando novamente as Instituições Hospitalares do Município. Diante disso, o Procurador-Geral do Município, representando o Município, se dispôs a atender as Instituições, observando as prescrições legais, ficando, deste modo, ajustadas as seguintes obrigações, em **termo de ajustamento de conduta** que será entregue ao Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro para validá-lo nos seguintes termos:

- 1. O termo de ajustamento de conduta celebrado no dia trinta e um de julho de dois mil e dois entre o Município*



2

de Campos e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, terá vigência até 31 de Julho de 2003;

2. A partir de 1º de agosto, havendo extrapolamento do teto financeiro do Município, o bloqueio das faturas incidirá preferencialmente sobre os Hospitais Públicos, Filantrópicos e de Ensino. Neste caso, o Município se compromete a não realizar bloqueio das faturas apresentadas pelos demais Prestadores de Serviço da rede conveniada ao SUS desde que não excedam os limites estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;;
3. O Município não se responsabilizará pelo pagamento das faturas de pacientes oriundos de outros Estados e de outros Municípios que não da região Norte do Estado do Rio de Janeiro, exceto se encaminhados pelo Hospital Ferreira Machado ou pela Secretaria Municipal de Saúde;
4. O Município reconhece a existência da dívida decorrente do extra-teto do período anterior a 1º de agosto de 2003, constante do termo de ajuste anterior, que poderá ser executada, em qualquer tempo, pelos prestadores de serviços, com base nas faturas apresentadas a Secretaria Municipal de saúde; Independentemente disso as partes se comprometem a se reunir novamente no mês de setembro do corrente ano,

3

para negociar a forma de pagamento da dívida reconhecida.

5. O Município, após autorização legislativa, repassará, a título de ajuda emergencial, subvenção aos hospitais filantrópicos e de ensino, abaixo discriminados, nos seguintes valores:
  - Hospital Escola Álvaro Alvim R\$ 700.000,00 (setecentos mil reais);
  - Hospital Plantadores de Cana R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais);
  - Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos R\$ 600.000,00 (seiscentos mil reais);
  - Santa Casa de Misericórdia R\$ 800.000,00 (oitocentos mil reais);
6. O Município, compromete-se ainda, a firmar convênios com os hospitais filantrópicos e de ensino, para complementar os repasses dos serviços prestados ao SUS, nos seguintes valores mensais:
  - Hospital Escola Álvaro Alvim R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais);
  - Hospital Plantadores de Cana R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais);
  - Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais);
  - Santa Casa de Misericórdia R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais);

Estando todos de acordo com o inteiro teor do presente, nada mais havendo a consignar, é o presente assinado em três vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo nominadas. Eu, Fabianne Manhães Maciel, assessora especial da Prefeitura Municipal de Campos, matrícula nº 015820-5.

## Anexo 8

GAROTINHO LANÇA AMANHÃ PRÉ-CANDIDATURA A PRESIDENTE DA REPÚBLICA PELO PMDB 45

**O DIÁRIO** R\$ 0,70

NORTE-NOROESTE FLUMINENSE TERÇA-FEIRA, 18 DE OUTUBRO DE 2005 - ANO 5 - NÚMERO 1 003 www.diariofcm.com.br

# HOSPITAIS FILANTRÓPICOS PÁRAM 24 HORAS EM CAMPOS

SANTA CASA, BENEFICÊNCIA, PLANTADORES E ALVARO ALVIM "CRUZAM OS BRAÇOS"

Os hospitais da Beneficência Portuguesa, Plantadores de Caju, Santa Casa de Misericórdia de Campos e Hospital Escola Alvaro Alvim estão em greve desde a zero hora de hoje, **sem protesto à baixa reanimação oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A paralisação será de 24 horas e no período serão atendidos apenas os atendimentos de emergência, urgência e tratamento de pessoas internadas. Ficam cancelados exames, consultas e cirurgias eletivas.** 05

**BARREIRAS NO RIO PARA EVITAR A FEBRE AFTOSA** 04

**MÉDICOS COMEMORAM HOJE O SEU DIA**



08

0 Cantão do Caju, em Campos, trabalha para melhorar as condições de vida de São Francisco, no próximo dia 2

**PARTIDOS NA RETA FINAL DAS CONVENÇÕES**

Os partidos em Campos têm até a próxima sexta-feira para definir seus candidatos a prefeito e vice. O PMDB recruta o duplo Pinlim e Claudio; PSDB, lança Feijó; PT, vai de Malbrouh, no PST, Mocalves disputa com Ederval Venâncio; e no PPS, Renato Barbosa é o 03

**PRESIDENTE DO INCRA HOJE EM CAMPOS** 10



09



10

**D** CADERNO **Dimais**



## Anexo 9

# Prefeitura quita dívidas de 2004 com hospitais

Total pago é de R\$ 2,7 milhões, referentes aos meses de outubro e novembro, a quatro instituições

A secretaria municipal de Saúde de Campos pagou ontem R\$ 2,7 milhões aos quatro hospitais filantrópicos — Santa Casa de Misericórdia, Álvaro Alvim, Plantadores de Cana e Beneficência Portuguesa — em dívidas firmadas ainda no governo Arnaldo Vianna. O repasse foi feito no gabinete do secretário Wilson Cabral, que esclareceu que o montante pago se refere aos meses de outubro e novembro do ano passado. O projeto do prefeito Alexandre Mocaiber já havia sido aprovado pela Câmara de Vereadores no fim do mês de setembro. Hoje começa o pagamento dos fornecedores com faturas de 2004.

Segundo Cabral, a Santa Casa e o Álvaro Alvim receberam R\$ 800 mil. Para o Hospital dos Plantadores de Cana foram repassados R\$ 500 mil, e para a Beneficência, R\$ 600 mil, todos referentes às dívidas do governo passado. “Estes valores somados aos repasses deste mês relativos aos convênios atuais chegam a cerca de R\$ 4 milhões”, explicou o secretário.

De acordo com o secretário Wilson Cabral, desde que assumiu a pasta, uma de suas metas prioritárias era a regularização do pagamento dos convênios com os hospitais de Campos. “Visitei todos os hospitais pessoalmente e conversei com todos os diretores, informando e afirmando que estaria empenhado para realizar os pagamentos que ficaram pendentes no governo passado”, lembrou.

Cabral destacou ainda a importância do convênio para o município. “A população de Campos tem hospitais de ponta, tanto no que diz respeito a equipamentos quanto à qualidade de profissionais. Temos que garantir a todos um atendimento de qualidade e este tem sido meu objetivo de trabalho”, declarou Cabral.

Os convênios possibilitam que pessoas de baixa renda, sem condições de pagar tratamentos particulares, tenham acesso aos serviços dos hospitais, incluindo exames, todos custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em todas as instituições do município (R.W.)



BENEDITO Marques, da Santa Casa, recebe cheque de Cabral

## Fornecedores vão receber

Falando em nome dos dirigentes dos hospitais conveniados com a Prefeitura de Campos, o diretor-geral do Hospital dos Plantadores de Cana, Luiz Maurício Crespo, agradeceu ao secretário Wilson Cabral e ao prefeito Alexandre Mocaiber pelo empenho em sanar as dívidas do município com as instituições.

— Estamos muito felizes em conseguir receber estes recursos, já que esta atitude só vem resgatar a credibilidade da secretaria de Saúde junto aos profissionais da área médica do município. A população de Campos sabe que poderá contar com um serviço de saúde de qualidade — destacou Crespo durante o repasse no gabinete do prefeito.

Já o secretário Wilson

Cabral anunciou que fornecedores com faturas referentes ao ano de 2004 e legalmente reconhecidas vão começar a receber suas dívidas a partir de hoje. Ele contou que era outro compromisso do prefeito Alexandre Mocaiber que está sendo colocado em prática, em relação a pendências do ano passado com investimentos feitos na área de saúde.

— Este era outro ponto que pedi à minha equipe para se empenhar em resolver. Pedimos para que os fornecedores conferissem toda a documentação junto ao Fundo Municipal de Saúde. Agora estamos mais tranquilos, já que estamos conseguindo alcançar esta meta — apontou o secretário Wilson Cabral.

## Anexo 10

| FOLHA DA MANHÃ | CAMPOS | QUARTA-FEIRA, 29 DE DEZEMBRO DE 2004 |

## Campista avalia acabar com as consultas sociais

Hoje, todos hospitais e clínicas particulares adotam o sistema

Acabar com a consulta social, hoje realizada em todos os hospitais filantrópicos de Campos, é uma das medidas previstas pelo prefeito eleito, Carlos Alberto Campista, para ser colocada em prática ao longo de seu mandato. Essa é apenas uma das mudanças que deverá ocorrer na área da saúde, a qual segundo Campista, terá que passar por uma reestruturação.

A maneira pela qual a cobrança pelas consultas deixará de ser feita ainda não foi decidida pelo futuro prefeito. Apesar disso, essa modificação no sistema está incluída em sua lista de prioridades.

Assim como Campista, o mestrando em Políticas Sociais, pesquisador e professor universitário, Marcus Vinícius Melo, também fez uma análise de como funciona a consulta social em Cam-

pos. Sem entrar em aspectos legais, ele compara o perfil sócio econômico e as condições de acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e do "social", mostrando o grave impacto causado pela cobrança, que concentra-se em grupos familiares com renda per-capita de até um salário mínimo.

A base de sua pesquisa foram as atas do Conselho Municipal de Saúde e o Data-SUS, dentre outras. Diante da comparação do perfil de usuários do SUS e da "consulta social", uma das conclusões obtidas é que há grande similaridade. Ambos apresentam perfil sócio econômico equiparados e são representados, em sua maioria, pela população com escolaridade abaixo do Ensino Fundamental.

Em média cada consulta social custa hoje R\$ 25 ao usuário. Mas há especialida-

des em que esse valor chega a R\$ 80, como por exemplo oftalmologia.

Estudo — "Impactos da 'consulta social' no acesso ao sistema de saúde no município de Campos dos Goytacazes". Esse foi o tema do trabalho da dissertação do professor Marcus Vinícius Melo, que recebeu o prêmio "Melhores Trabalhos Científicos", no XVIII Encontro Brasileiro de Administração e foi selecionado dentre trabalhos de todo o mundo para ser apresentado no I Congresso de Economia da Saúde da América Latina e Caribe, na última semana.

A dissertação mostra ainda importante impacto social causado por esse fenômeno e busca entender o porquê de sua legitimação entre os atores envolvidos — poder público, médicos, hospitais e usuários. (T.F.F.)



## Anexo 11

**ANEXO I  
PLANO DE TRABALHO 3/6**

**JUSTIFICATIVA DO OBJETO:**

O SUS preconiza universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, descentralização da gestão, hierarquização dos serviços e controle social. Sua total implantação pressupõe conseqüentemente a transformação do modelo assistencial e da organização dos serviços. O conhecimento das características e da distribuição de recursos físicos, na área de saúde do Município, fornece subsídios para o planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde e para direcionar investimentos em ampliação e/ou reorganização da rede de serviços. O maior problema em saúde observado no Município é o acesso ao atendimento na rede de serviços ambulatoriais especializados, hospitalares e equipamentos existentes.

Ocorreu no Município uma disseminação entre os hospitais conveniados, de uma prática considerada não ideal, a chamada "consulta social", mas que mostra a discrepância entre os valores pagos pelo SUS e os custos dos serviços realizados, pois, os valores dos procedimentos há anos não são reajustados.

Este projeto visa apresentar meios para a melhoria do atendimento em saúde com repasse de recursos financeiros próprios através de convênios com os hospitais integrantes da rede de saúde no Município.



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**CONVÊNIO**

Proc. nº 924167	Fl. nº 01
Data	Subst. nº <i>[assinatura]</i>

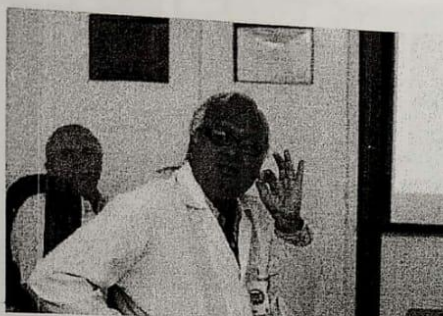
CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E AS ENTIDADES HOSPITALARES

Ano 2007

## Anexo 12

### Implantação da Gestão Plena da Saúde deixará Álvaro Alvim em apuros

Simone Barreto



A Gestão Plena pode gerar a desativação de serviços, inadimplência junto aos fornecedores e demissões ao Hospital Escola Álvaro Alvim, em Campos, caso aceite participar do novo programa da prefeitura para atendimento em saúde. Este foi o assunto da entrevista coletiva concedida pela direção do hospital e da Fundação Benedito Pereira Nunes, mantenedora do hospital, na manhã desta sexta-feira.

Na ocasião eles explicaram os prejuízos que vão ter com o novo formato de repasse de verbas da prefeitura, que passou a vigorar desde o dia primeiro.

Desde 2003 a prefeitura passou a complementar a tabela do SUS para os serviços hospitalares de baixa, média e alta complexidade aos hospitais filantrópicos do município, devido à defasagem da tabela do SUS de mais de 130%. Atualmente 80% do atendimento do Álvaro Alvim é do SUS.

De acordo com o diretor do Hospital-Escola Álvaro Alvim, o médico Ralph Dias Pessanha, no convênio com a prefeitura, eram repassados até o mês passado uma verba de R\$ 400 mil, pelo atendimento de mais de 16 mil pessoas por mês em serviços de média complexidade. "A proposta da Gestão Plena o valor foi reduzido, pois a prefeitura deu complementação de alguns serviços e outros não. Como estamos falando de um hospital-escola, que precisa de infra-estrutura e atendimento diferenciado, não podemos trabalhar em cima de produção", explicou.

Leia esta notícia completa nas páginas da **Folha da Manhã**

30/10/2009 - 12h13


Ano 2009

## Anexo 13

Folha da Manhã Online - Campos dos Goytacazes - RJ Page 1 of 1

Geral

### Mais um capítulo da gestão plena de problemas na saúde de Campos



Apesar dos frequentes elogios das autoridades de Campos ao sistema de saúde do município, as cenas vistas em várias unidades de saúde de Campos na manhã desta segunda-feira deram mais uma prova do caos que vive o setor. Mais uma vez quem pagou foi a população. Centenas de pessoas, em sua maioria idosas, ficaram desde a madrugada em frente aos hospitais (Plantadores de Cana, Álvaro Alvim e Hospital de Guarus, para tentar marcar consultas e exames no mês de maio. O resultado foi caótico.

Quem esteve nas unidades, foi só reclamação. Muitos voltaram para casa cansados e sem conseguir a marcação das consultas.

O secretário de Saúde, Paulo Hirano, argumentou que a aglomeração se deu porque é o primeiro dia de marcação das consultas. Segundo Hirano, esta cena "não acontece todos os dias".

Não é o que diz a aposentada Maria da Penha Barreto, de 90 anos. Desde as 3h na fila para tentar marcar cardiologista, às 8h30 ela teve que voltar para casa sem ter conseguido o agendamento. "Estou desde o dia 3 deste mês tentando marcar a consulta, mas não consigo", desabafou.

Já Ângela dos Santos, de 62 anos, vive drama parecido. "Estou morrendo sem recursos. Paguei R\$ 180 por um exame no hospital e estou há 15 dias tentando mostrar o médico", revelou, ofegante por causa do estresse vivido na manhã desta segunda-feira.

26/04/2010 - 12h44



## Anexo 14

**TV UBS** QUARTA-FEIRA 14h30

podemos sair dessa audiência sem comentar isso?"

**RICARDO MADERA** DIRETOR SUPERINTENDENTE DO HFM

CRISE EM DEBATE > SUPERLOTAÇÃO DA REDE PÚBLICA

**AUDIÊNCIA**  
Promotor **Marcelo Lessa** cobra medidas para solucionar o problema que está superlotando os hospitais públicos em Campos

## MPE cobra medidas enérgicas na saúde

Promotor diz que falta de médicos é um problema de gestão dos conveniados

O Ministério Público Estadual (MPE) exigiu que medidas administrativas, que podem chegar à demissão, sejam tomadas contra profissionais médicos que se recusarem ou não puderem cumprir plantões. Essa foi uma das determinações acordadas ontem, durante audiência pública que discutiu os problemas na rede pública devido às falhas na regulação de vagas. A prefeitura também foi lembrada da necessidade de supervisão, de perto, do sistema de regulação. O promotor de Tutela Coletiva, Marcelo Lessa, reuniu diretores dos hospitais convên-

niados, a diretoria dos dois hospitais municipais que sofrem com superlotação (Ferreira Machado e Geral de Guarus), além do secretário municipal de Saúde, Paulo Hirano, e representantes da Central de Regulação de Vagas do município. Diante do caso na saúde pública, a prefeita Rosinha Garotinho, segundo anunciou ontem o líder do governo na Câmara, Jorge Magal, passará hoje o dia dentro do HGG.

No final da reunião realizada para discutir os problemas e uma saída para o quadro, ficou acordada nova audiência com todos os presentes da-

qui a seis meses. O HFM e o HGG também ficaram incumbidos de informar, por relatório, se houve melhora na situação das unidades. Somente ontem, conforme informou durante a audiência o diretor técnico do HFM, Leonardo Ferraz, havia 17 pessoas nos corredores do hospital.

Durante a audiência — um retorno da realizada há mais de um ano sobre o mesmo tema — Marcelo Lessa iniciou os debates afirmando que o quadro encontrado tratase de um problema de gestão.

— Se falta médico para receber pacientes transferidos do

HFM ou do HGG, esse é um problema de gestão dos hospitais conveniados. Que desistam e contratem outro médico que possa trabalhar no feriado. É simples. O que não pode é o HFM ser, no final das contas, o administrador de toda a rede. Tem que haver seriedade para prestar o serviço que foi acordado que seria prestado — enquadrou, para depois complementar que a fiscalização por parte da Central Reguladora de Vagas se faz necessária e deve ser feita. "Gestor público que não quer se indispor ao gestor. Esse é um ônus da função". (J.M., T.G., S.S., T.F.)

### REGULAÇÃO DE LEITOS

## Fiscalização 24 hora por dia já em maio

A Central Reguladora de Vagas do município, iniciada em fevereiro, aponta onde e quantas são as vagas disponíveis para internação em toda a rede pública. No entanto, segundo o diretor superintendente do HFM, Ricardo Madera, haveria renegociação de informações por parte de equipes médicas quanto à liberação de leitos. O motivo seria justamente a falta de médicos nos conveniados para atender os pacientes que poderiam ser transferidos para as vagas desocupadas, principalmente durante os finais de semana e feriados. O resultado é a superlotação diária do HFM. Os hospitais conveniados são Beneficência Portuguesa, Plantadores de Cana, Álvaro Al-

vim e Santa Casa de Misericórdia.

O secretário de Saúde, Paulo Hirano, disse concordar e admitir que não há, ainda, o controle total da disponibilidade de vagas, o que deverá ser negociado, segundo a representante da Central Reguladora, Cintia Ferrari, a partir de quando entrará em contato com a supervisores da Central, e farão fiscalizações presenciais diárias nos leitos hospitalares contratualizados.

— Será fiscalização preventiva, 24 horas por dia. Quando houver qualquer divergência quanto à informação e controle do sistema, o supervisor, poderá ir ao hospital imediatamente para checar, informou.

### RECLAMAÇÕES CONTINUAM

## Filas nos hospitais e problemas na Penha

Pelo segundo dia consecutivo, quem tentava marcar consultas nos hospitais Plantadores de Cana e Álvaro Alvim, que são conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), enfrentou filas nas primeiras horas da manhã. Ontem, um novo problema surgiu para quem estava horas na fila: algumas pessoas dormiram em frente aos hospitais e após receberam as senhas distribuídas aleatoriamente, devido a confusão que se tornou a portões, estavam vendendo senhas para quem acabava de chegar, gerando muitas reclamações.

Já no CSU da Penha o gerente que chegou por volta das 4h em busca de marcação de consultas, mas acabou não conseguindo. A reclamação também foi geral no posto porque as fichas começaram a ser distribuídas às 7h e, em vez das 8h já haviam acabado.

### MARCAÇÃO DE CONSULTAS

## Secretário afirma que UBS's funcionam

O secretário de Saúde, Paulo Hirano, explicou que, para o Programa Gestão Plena dar certo, é necessário que a população o compreenda. Disse que as pessoas não precisam mais acordar de madrugada para apanhar fichas, porque a marcação está sendo feita nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's). Ele informou também que ontem o movimento nas unidades médicas voltou ao normal e que as filas flagradas pela equipe de reportagem da Folha da Manhã faziam parte do fluxo normal de atendimento.

— As pessoas não precisam enfrentar filas, pois marcam consultas ou exames cerca de 30 minutos antes de serem chamadas para as unidades conveniadas à rede municipal — disse Hirano.

A superintendente de Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde, Cintia Ferrari, também informou que "por volta das 11h, a maioria já tinha sido atendida e as filas acabaram assim que as unidades começaram o atendimento", ressaltou.

**FILAS** Problema voltou a ser alvo de reclamações de quem precisa marcar consultas ontem no HPC e Álvaro Alvim

## Anexo 15



**PESADOS DO UFC**  
VELÁZQUEZ E CIGANO  
LUTAM PELO CINTURÃO  
PÁGINA 11

**PATRIMÔNIO**  
PROJETO VALORIZA E  
PRESERVA O JONCO  
FOLHA DOIS - CAPA



**EM QUISSAMÃ**  
OCTÁVIO TRABALHA PARA  
CONSOLIDAR LIDERANÇA  
PÁGINA 3

FUNDADOR  
ALUYRIO  
CARDOSO  
BARBOSA  
EM 1978

# Folha da Manhã

CAMPOS DOS GOYTACAZES | SÁBADO | 12 DE NOVEMBRO DE 2011 | ANO 34 | NÚMERO 299 | www.fmanha.com.br | R\$ 1,50



NO CAJU Sepultamento do ex-prefeito Zezé Barbosa foi marcado por homenagens e muita emoção

ADEUS AO EX-PREFEITO

## Campos se despede de Zezé Barbosa

Políticos, amigos e familiares se despediram no início da tarde de ontem do ex-prefeito de Campos José Carlos Vieira Barbosa, que faleceu na tarde de quinta-feira, aos 81 anos, e foi sepultado no Cemitério do Caju. Zezé Barbosa foi prefeito por três mandatos, entre as décadas de 60 e 80. PÁGINA 2

---

NA REGIÃO DO AÇU

## LLX tem projeto para reserva ambiental

PÁGINA 10

# Prisão de ortopedista provoca impasse entre médicos e MPE

Nota de apoio a Hugo Arêas propõe suspensão de atendimento pelo SUS; promotor reage PÁGINA 8

## Anexo 16



**NO QATAR**  
BRASIL VENCE EGITO  
COM GOL DE JONAS  
PÁGINA 12

**HISTÓRIA**  
BRASIL COMEMORA HOJE  
100 ANOS DE REPÚBLICA  
FOLHA DOIS - CAPA

**ROYALTIES**  
LINDBERGH AFIRMA QUE  
DILMA VETARÁ MUDANÇA  
PÁGINA 9

FUNDADOR  
ALUYSSIO  
CARDOZO  
BARBOSA  
EM 1978

# Folha da Manhã

CAMPOS DOS GOYTACAZES | TERÇA-FEIRA | 15 DE NOVEMBRO DE 2011 | ANO 34 | NÚMERO 302 | www.folha.com.br | R\$1,50



## SUS: Médicos propõem parar e MP vai fiscalizar hospitais

Reuniões quinta e segunda para saber quem fica no SUS

MP impõe cumprimento de agenda à saída dos médicos

Secretário de Saúde frisa que contrato é com hospitais



NO CLIMA Shopping Avenida 28, por exemplo, já recebeu decoração natalina; lojas abrem ao meio-dia

MARIANA PICO

Nos próximos dias, duas reuniões vão discutir o atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Campos. Os 32 médicos que assinaram e publicaram na Folha nota de solidariedade ao ortopedista Hugo Manhães Arêas, preso no último dia 8 acusado de cobrar consulta de paciente da rede pública, disseram que só irão cumprir a promessa de suspensão de atendimento pelo SUS após efetuarem as consultas e cirurgias já agendadas pela Central de Regulação de Pacientes, conforme determinação do MPE. Ainda assim, o promotor Marcelo Lessa garante que o Grupo de Apoio à Promotoria (GAP) vai percorrer as unidades ainda esta semana. O secretário municipal de Saúde, Paulo Hiranó, frisa que o contrato de prestação de serviços é celebrado com os hospitais, não com os médicos. Hugo Arêas continua preso no Presídio Carlos Tinoco da Fonseca. PÁGINA 7

DE OLHO NO NATAL

### Shoppings de portas abertas no feriado

PÁGINA 9



## Anexo 17

**FolhaGeral**  
QUINTA-FEIRA 17 DE NOVEMBRO DE 2011

"Até domingo, bairros como Tarcísio Miranda e Fazendinha estarão recebendo o mutirão de limpeza"  
ZAGARIAS ALBUQUERQUE SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SERVIÇOS PÚBLICOS

07

SAÚDE > EM CRISE

## Atendimento médico rastreado

Agentes do GAP iniciaram ontem vistoria nos hospitais conveniados; Santa Casa foi a primeira a ser visitada

**JANE RIBEIRO e VALQUÍRIA AZEVEDO**

O promotor de Tutela Coletiva, Marcelo Lessa, disse ontem, em entrevista coletiva, que o Ministério Público Estadual (MPPE) vai instaurar um novo inquérito Civil Público para rastrear os últimos atendimentos das consultas sociais. O objetivo, segundo ele, será verificar se os pacientes procuraram o social por livre e espontânea vontade ou foram induzidos. "O levantamento será dos últimos 30 dias".

— Não vamos admitir que nenhum hospital ou médico dificulte o atendimento pelo SUS para facilitar a venda da consulta social. Isso é crime. Com o rastreamento, vamos saber se houve participação dos hospitais. Em caso afirmativo, eles terão que optar pelo descredenciamento. O Grupo de Apoio à Promotoria (GAP) acompanhou ontem uma transferência da Santa Casa para o Álvaro Alvim e nenhuma irregularidade foi detectada. Por enquanto, não temos conheci-

mento de estar havendo resistência para marcação de consulta pelo SUS — disse ele.

Vistoria — Acompanhado de uma assistente social do MPPE, agentes do GAP visitaram ontem os hospitais conveniados ao SUS. A inspeção foi uma determinação do promotor Marcelo Lessa, depois que 32 médicos assinaram e publicaram, semana passada, na Folha, nota de solidariedade ao ortopedista Hugo Manhães Azeas, preso por acusação de cobrar consulta de paciente da rede pública, além de propor suspensão do serviço. A suspensão será discutida hoje, às 20 horas, em reunião prevista para acontecer na Santa Casa de Misericórdia.

O objetivo da inspeção do GAP foi verificar o andamento do atendimento, mas até o final da manhã de ontem, nenhuma irregularidade havia sido detectada. O primeiro hospital a receber o GAP foi a Santa Casa de Misericórdia. Segundo o provedor, Benedito Marques, o atendimento transcorreu normalmente. "Atendemos 66 pa-

cientes do SUS pela manhã no ambulatório e estão previstos mais 35 à tarde", disse Benedito. As direções dos hospitais Álvaro Alvim, Beneficência Portuguesa e Plantadores de Cana disseram não ter sido registrada presença dos agentes do GAP em suas unidades.

— Se os agentes estiverem aqui, a direção não foi comunicada — disse Jair Araújo, do Álvaro Alvim. "Não houve qualquer aceno por parte dos profissionais para suspensão do atendimento", acrescentou Luiz Maurício Crespo, dos Plantadores de Cana.

Marcelo Lessa disse que o médico que foi flagrado se negando a atender serviços já agendados, vai ser preso pelos crimes de corrupção passiva ou de prevaricação.

Na última sexta-feira, o neurologista Paulo Romano, que coordena a mobilização dos 32 médicos, disse que a suspensão do atendimento só ocorreria após efetuarem as consultas e cirurgias já agendadas pela Central de Regulação de Pacientes do município.

**CRIME "Não vamos admitir que os médicos dificultem o atendimento pelo SUS para facilitar a venda da consulta social"**

**MÉDICO PRESO**

### Defesa vai tentar habeas corpus hoje

O ortopedista Hugo Manhães Azeas foi preso no último dia 8, sob acusação de ter cobrado o valor de R\$ 160 para consultar, fazer exame de raios X e retirar o gesso de uma paciente do SUS. Ele foi levado para o presídio Carlos Tinoco da Fonseca, onde permanecia preso até a tarde de ontem. Advogados de defesa deverão dar entrada hoje no pedido de habeas corpus.

Na ocasião da prisão de Hugo, o promotor Marcelo Lessa revelou que estava investigando a recusa de pacientes do SUS na rede credenciada. A ação teria sido motivada após o Hospital Ferreira Machado (HFM) comunicar dificuldade em transferir cinco pacientes.

— Antes da prisão, já estava marcada para o dia 21 uma reunião entre município, Ministério Público e instituições para discutirmos a questão da remoção de pacientes do HFM para os hospitais — disse.



MARCELO LESSA

## Anexo 18

# Manifesto em defesa de saúde com qualidade para a população

A Associação Fluminense de Medicina e Cirurgia, Sindicato dos Médicos de Campos, Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro e Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Estabelecimentos de Saúde do Norte Fluminense tornam público — a fim de reafirmar seu compromisso com a saúde da população de Campos e região e mostrar os fatos à sociedade — os seguintes esclarecimentos e posicionamentos:

■ Consultas médicas particulares nos hospitais filantrópicos são permitidas tanto pela legislação que rege as Instituições filantrópicas no país quanto pelo contrato firmado entre o município e os hospitais conveniados, que estabelece o mínimo de 60% em atendimentos pelo SUS e os outros 40% em convênios e particulares, estes popularmente chamados de sociais. A consulta social, que ganhou indevidamente o nome de "propina", é na verdade uma consulta particular, a baixo custo, que presta relevante serviço à população e conta com o amparo da lei;

■ Em defesa do exercício profissional, que deve ter asseguradas a liberdade e a autonomia, desde que se cumpram os preceitos legais, morais e éticos, expressamos nossa indignação com a absurda acusação, exposição, sumária condenação e punição do médico Hugo Manhães Areas, detido como fosse um fora da lei em pleno exercício do seu trabalho, tendo sua vida profissional manchada, seu convívio social comprometido e sua estrutura familiar profundamente abalada;

■ As consequências de tal conduta não se restringem ao prejuízo à imagem do profissional Hugo, mas atingem em cheio toda uma categoria, que trabalha duro para cumprir seu compromisso com a população, mesmo com todas as dificuldades pelas quais passa o sistema de saúde no Brasil, e não diferente em Campos, que são do conhecimento de todos;

■ A prisão em flagrante, com todo o estardalhaço em torno do assunto, acompanhada de ameaças, acusações, pressões e posicionamentos parciais em relação ao tema, provoca nos médicos um estado de perplexidade, situação prejudicial à assistência e à fundamental relação de confiança entre médicos e pacientes;

■ Os médicos de Campos encontram-se hoje atemorizados e sentindo-se coibidos de exercerem livremente sua profissão, enquanto estão sujeitos à anunciada inspeção ostensiva de policiais no seu ambiente de trabalho, situação que constrange não só aos médicos, mas a todos os profissionais de saúde, causando efeito pedagógico negativo através de uma equivocada estratégia de amedrontamento, além de levar insegurança à população que, mesmo com todo o cenário de descrença nos gestores que são responsáveis pelos recursos necessários à saúde pública, mantém a confiança nos profissionais que, superando todas as dificuldades, dedicam seu trabalho a cuidar das pessoas;

■ As entidades que assinam este manifesto reiteram que estão ao lado da Justiça na luta por uma saúde de qualidade, pela dignidade dos cidadãos, pelo bom uso do dinheiro público e por mais recursos para a saúde, ao mesmo tempo que repudiam firmemente a perseguição, a denúncia sem informação, o sensacionalismo e as palavras inadequadas, que funcionam como barreiras ao debate equilibrado;

■ O momento é de indignação e também de mobilização, envolvendo profissionais, gestores dos hospitais e sociedade, que reforçam a unidade neste movimento permanente de valorização do atendimento ao paciente através do exercício profissional digno;

■ Para o exercício profissional digno, são necessárias também medidas que garantam a sobrevivência dos hospitais. Portanto, impõe-se uma profunda reformulação no processo de pactuação entre gestor municipal e os hospitais contratualizados, que inclua o controle social e os profissionais de saúde. Assim, o SUS, melhor planejado, financiado, gerido e fiscalizado, será capaz de suprir as reais necessidades de saúde da população;

■ Não é momento de fomentar uma crise, muito menos as entidades que assinam este manifesto o fazem de maneira corporativista em defesa cega de seus pares, mas o de defender de forma intransigente os bons profissionais, que felizmente são maioria e, por consequência, a Justiça, assumindo uma postura clara ao lado de quem acaba se tornando a maior vítima deste grande equívoco, que é o cidadão.

Campos dos Goytacazes, 20 de novembro de 2011

**Associação Fluminense de Medicina e Cirurgia**  
**Sindicato dos Médicos de Campos**  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro**  
**Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Estabelecimentos de Saúde do Norte Fluminense**

## Anexo 19

**FolhaGeral**  
SEGUNDA-FEIRA, 15 DE NOVEMBRO DE 2011

"Para combater a dengue, não bastam as ações de governo, mas a colaboração das pessoas, já que a maioria dos criadouros está dentro das casas"  
GERALDO VENTANIO / SUBSECRETÁRIO DE SAÚDE

05

REUNIÃO > SEDE DA PREFEITURA

## Crise na Saúde discutida hoje

O objetivo do encontro será debater a remoção de pacientes do SUS do Ferreira Machado para os hospitais conveniados

**VALQÚRIA AZEVEDO**  
vazevedo@manha.com.br

Uma reunião que acontece na manhã de hoje, na sede da Prefeitura de Campos, entre município, Ministério Público Estadual do Rio de Janeiro (MPERJ) e diretores dos hospitais conveniados, vai tratar da remoção de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ferreira Machado para os hospitais. O problema, que estava sendo investigado pelo MPERJ, tornou-se público no último dia 8, quando o ortopedista Hugo Manhães Arêas foi preso acusado de cobrar consulta de pacientes da rede pública. A prisão gerou indignação na classe médica, que publicou, na edição de ontem da Folha, um manifesto com esclarecimentos à população, além de ressaltar compromisso com a saúde e defender a libertação do ortopedista.

Segundo o promotor de Tutela Coletiva do MPERJ, Marcelo Lessa, o Hospital Ferreira Machado estaria enfrentando dificuldades em transferir pacientes do SUS para a rede conveniada. O procedimento, que deve ser feito por meio da Central de Regulação de Pacientes do município, estaria ocorrendo por meio de "bilhetes", cujo remetente e destinatário era o mesmo médico.

— Espero que tudo seja resolvido nessa reunião. Será uma boa oportunidade para termos processo e saber dos hospitais conveniados se querem ou não continuar atendendo pelo SUS — disse o promotor.

A prisão — O ortopedista Hugo Arêas foi preso dentro da Santa Casa de Misericórdia de Campos, sob acusação de cobrar R\$ 160 para consultar, fazer exame de raio X e retirar o gesso de uma menina de 10 anos que era paciente do SUS. Arêas foi autuado por crime de concussão — uso da função pública em benefício próprio — e levado para o Presídio Carlos Tinoco da Fonseca, onde permanece até hoje.

Na ocasião, Marcelo Lessa determinou que o Grupo de Apoio à Promotoria (GAP) visitasse os hospitais e efetivasse a prisão, por crime de corrupção e prevaricação passiva, do médico que não estivesse atendendo pelo SUS.

Por meio de nota, publicada na edição da Folha de hoje, o promotor garante que as inspeções nos hospitais vão continuar. "Não são as consultas sociais, por si só, as que foram chamadas de 'propina'. Mas, sim, e repito, aquelas que são oferecidas aos pacientes como venda de facilidades, diante das dificuldades criadas em marcar as gratuitas", afirmou. Na última quinta-feira, a classe médica esteve reunida na Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia, para tratar da revogação da prisão do ortopedista e da possibilidade de abertura

do Norte Fluminense — publicaram manifesto em defesa de saúde com qualidade à população. Além de reafirmar que hospitais filantrópicos são permitidos por lei a destinar 60% do SUS e os 40% restantes para convênios particulares, conhecido popular-

classe médica diz se sentir atemorizada e coibida de exercer livremente sua profissão.

As entidades também saíram em defesa do ortopedista: "Expressamos nossa indignação com a absurda acusação, exposição, sumária can-

co Hugo Arêas, detido como fosse um fôfo da lei em pleno exercício do trabalho, tendo sua vida profissional manchada, seu convívio social comprometido e sua estrutura familiar profundamente abalada", dizia a nota, esclarecendo que o "momento é de indignação".

**ATENÇÃO**

### Classe médica: "Momento é de indignação"

ENCONTRO Entidades representativas dos médicos se reuniram na última quinta-feira na Sociedade de Medicina e Cirurgia

PHILIPPE VICARI





## Anexo 20

Folha da Manhã Online - Campos dos Goytacazes - RJ <http://www.fmant>

Geral

### Saúde: novo sistema de Núcleo de Regulação de Pacientes está em implantação

Os Núcleos Internos de Regulação de Pacientes, que serão implantados nos hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), ainda não estão funcionando. Embora, inicialmente, a previsão era a de que eles começassem a funcionar esta semana, a secretaria de Saúde informou que os núcleos estão em fase de implantação, com o treinamento das e-quipes. Sua implantação foi decidida durante reunião entre a prefeita Rosinha Garotinho, Ministério Público Estadual (MPE), Sindicato dos Médicos e diretores de hospitais, no último dia 21, após o MPE ser informado que o Hospital Ferreira Machado (HFM) estaria tendo problemas ao transferir pacientes do SUS para a rede conveniada. A recusa, que estava sendo investigada pelo MPE, tornou-se pública no último dia 8, quando o ortopedista Hugo Manhães Afêas foi preso acusado de cobrar consulta de pacientes da rede pública. Ele continua no Presídio Carlos Tinoco da Fonseca.

O núcleo visa agilizar o direcionamento dos pacientes para atendimento e tratamento. Dois funcionários, um do próprio hospital e outro do município, vão estar 24 horas empenhados em passar, de forma objetiva, informações sobre internações, altas ou outros procedimentos para a Central de Regulação da secretaria de Saúde.

A previsão agora, segundo Paulo Hirano, é a de que os núcleos comecem a funcionar na próxima semana no Hospital Geral de Guarus (HGG) e HFM, com o revezamento das equipes em dois turnos.

— Vamos iniciar nesses dois hospitais e, posteriormente, nos demais, Santa Casa, Plantadores de Cana, Álvaro Alvim e Beneficência Portuguesa. Cada unidade terá que implantar uma unidade satélite para que a Central de Regulação tenha acesso em tempo real da disponibilidade de serviços de cada hospital. A demora para o início do funcionamento já era esperada, já que as equipes que vão trabalhar diretamente com o serviço precisam conhecer de perto todo o sistema — informou o secretário.

O diretor dos Plantadores de Cana, Luís Maurício Crespo, disse que, por enquanto, o sistema que está funcionando na unidade é o da Central de Regulação. “O problema de internação precisa ser resolvido, já que os pacientes não podem ficar sem atendimento. Acredito que os núcleos darão maior agilidade ao atendimento, embora aqui no hospital eu não tenha nenhum tipo de problema com a Central de Regulação. Todo benefício é bem-vindo — disse.

02/12/2011 - 9h28

Comentários  
FECHAR