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

LYZANDRA BORGES DE SOUZA

OS “DONOS DOS POSTINHOS”: INFORMALIDADE E ATUAÇÃO LEGISLATIVA NA GESTÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE LOCAL

CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ
2026

LYZANDRA BORGES DE SOUZA

OS "DONOS DOS POSTINHOS": INFORMALIDADE E ATUAÇÃO LEGISLATIVA NA GESTÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE LOCAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Sociologia Política.

Linha de pesquisa: Estado, Instituições Políticas, Mercado e Desigualdade

Orientador: Prof.Dr. Mauro Macedo Campos

CAMPOS DOS GOYTACAZES – RJ
2026

FICHA CATALOGRÁFICA
UENF - Bibliotecas
Elaborada com os dados fornecidos pela autora.

S729 Souza, Lyzandra Borges de.

Os “Donos dos Postinhos” : informalidade e atuação legislativa na gestão da política pública de saúde local. / Lyzandra Borges de Souza. - Campos dos Goytacazes, RJ, 2026.

153 f.
Bibliografia: 134 - 142.

Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2026.
Orientador: Mauro Macedo Campos.

1. Políticas Públicas. 2. Gestão de Políticas Públicas. 3. Poder Legislativo. 4. Saúde Pública. 5. tenção Primária a Saúde. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. II. Título.

CDD - 320

OS "DONOS DOS POSTINHOS": Informalidade e atuação legislativa na gestão da política pública de saúde

LYZANDRA BORGES DE SOUZA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, no Centro de Ciências do Homem da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como requisito final para a obtenção do título de Doutor em Sociologia Política.

Aprovada: 25 de fevereiro de 2026

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
gov.br MAURO MACEDO CAMPOS
Data: 02/07/2026 07:40:26-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____

Prof. Dr. Mauro Macedo Campos (Ciência Política - UFMG)
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF
(Orientador)

Documento assinado digitalmente
gov.br ANNABELLE DE FATIMA MODESTO VARGAS
Data: 13/07/2026 08:50:09-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____

Profa. Dra. Annabelle de Fátima Pereira Modesto (Sociologia Política - UENF)
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF

Documento assinado digitalmente
gov.br ALINE TEIXEIRA MARQUES FIGUEIREDO SILVA
Data: 06/07/2026 17:13:09-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____

Profa. Dra. Aline Teixeira Marques Figueiredo Silva (Sociologia Política - UENF)
Institutos Superiores de Ensino do CENSA

Documento assinado digitalmente
gov.br CRISTIANE DE CASSIA NOGUEIRA BATISTA DE A
Data: 07/07/2026 12:12:18-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____

Profa. Dra. Cristiane de Cássia Nogueira Batista de Abreu (Sociologia Política - UENF)
Faculdade de Medicina de Campos - FMC

Documento assinado digitalmente
gov.br JACINTA DE AGUIAR MEDEIROS
Data: 02/07/2026 10:57:32-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____

Profa. Dra. Jacinta de Aguiar Medeiros (Sociologia Política - UENF) Faculdade de Medicina de Campos - FMC

Dedico esta tese ao grande amor da minha vida,
minha mãe Lucia Helena (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir chegar até aqui. Aos meus pais Lucia Helena e Paulo Sergio, que desde cedo me ensinaram a importância da educação e por terem se sacrificado para que eu pudesse percorrer caminhos que eles não puderam. Aos meus irmãos Paulo Sergio e Juliana, por serem meus maiores incentivadores do doutorado e da vida. Ao meu marido Ruan Alves, que caminhou esse percurso comigo de mãos dadas.

Ao meu orientador Mauro Macedo por toda a nossa trajetória, desde a graduação. A Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF) e Universidad de Salamanca. A Profa. Dra. Mercedez García por ter me recebido com tanto carinho. E a CAPES pela oportunidade do PDSE

RESUMO

Esta tese analisou o papel dos vereadores na implementação das políticas públicas de saúde na atenção básica, com foco na gestão das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) no município de Campos dos Goytacazes (RJ). Partiu-se do pressuposto de que a atuação legislativa municipal ultrapassa as atribuições formais de legislar e fiscalizar, incidindo diretamente sobre a dinâmica de funcionamento dos equipamentos públicos de saúde por meio de práticas informais, como a indicação de profissionais e encarregados das unidades e a intermediação de demandas individuais de usuários. O objetivo central consistiu em compreender de que modo essas intervenções políticas influenciam o gerenciamento das UBSs e a oferta de serviços à população. Para metodologia, adotou-se abordagem qualitativa, combinando observação direta em seis unidades de saúde selecionadas, entrevistas semiestruturadas com vereadores, ex-vereadores, profissionais de saúde, encarregados, servidores administrativos e usuários, além de visitas frequentes as unidades. Os resultados evidenciaram a existência de práticas recorrentes de "distribuição" informal de unidades básicas de saúde entre os vereadores da base governista, reforçando vínculos com suas bases eleitorais, por meio do encarregado, que indicou para gerenciar a UBS. Verificou-se que tais práticas interferem na discricionariedade dos burocratas de nível de rua e podem produzir desigualdades no acesso aos serviços, ao criar atalhos informais para determinados usuários. Concluiu-se que a política pública de saúde, em seu processo de implementação, é permeada por dinâmicas políticas locais que articulam interesses eleitorais, gestão administrativa e relações de poder, revelando a imbricação entre politics e policy na arena municipal.

Palavras chave: Saúde Pública; Atenção Básica; Legislativo Municipal.

ABSTRACT

This thesis analyzed the role of city councilors in the implementation of public health policies in primary care, focusing on the management of Basic Health Units (UBSs) in the municipality of Campos dos Goytacazes (RJ). It was based on the assumption that municipal legislative action goes beyond the formal duties of legislating and overseeing, directly impacting the operational dynamics of public health facilities through informal practices, such as the nomination of professionals and unit managers and the mediation of individual user demands. The central objective was to understand how these political interventions influence the management of primary health care units (UBSs) and the provision of services to the population, especially within the context of the National Primary Care Policy, established in 2006. Methodologically, a qualitative approach was adopted, combining direct observation in six health units selected according to criteria of territorial and organizational diversity, semi-structured interviews with councilors, former councilors, health professionals, supervisors, administrative staff, and users, in addition to the use of snowball sampling to expand the network of interviewees. The analysis encompassed five municipal legislatures, between 2005 and 2024, allowing for the examination of continuities and variations in the relationships between the Executive and Legislative branches. The results revealed the existence of recurring practices of informal "distribution" of units among parliamentarians from the governing base, configuring mechanisms of political bargaining and reinforcing personal ties with electoral bases. It was found that such practices interfere with the discretion of street-level bureaucrats and can produce inequalities in access to services by creating informal shortcuts for certain users. It was concluded that public health policy, in its implementation process, is permeated by local political dynamics that articulate electoral interests, administrative management, and power relations, revealing the intertwining of politics and policy in the municipal arena.

Keywords: Public Health; Primary Care; Municipal Legislature.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Profissionais entrevistados divididos por grupos.....28

QUADRO 2: Número de profissionais entrevistados por cargo.....33

QUADRO 3: Políticos do Executivo e Legislativo do município de Campos com mandatos cassados.....47

QUADRO 4: Condições de gestão do SUS a partir da NOB 01/1993.....55

QUADRO 5: Modelos de Gestão da Saúde Pública propostos pela NOB 01/1996...56

QUADRO 6: Histórico das formas de transferências de recursos ao longo dos anos.....67

QUADRO 7: Percentuais mínimos de aplicação de recursos em saúde pública exigidos pela EC nº 29 de 2000.....69

QUADRO 8: Níveis de atenção à saúde e suas particularidades.....73

QUADRO 9: Composição mínima exigida para as equipes de Atenção Primária e Saúde da Família.....77

QUADRO 10: Rede de estabelecimentos de Atenção Básica de Campos dos Goytacazes em abril de 2025 e população do bairro onde a unidade está inserida....81

QUADRO 11: Composição de equipes eAP e eSF no município de Campos, RJ.....82

QUADRO 12: Disposições da PNAB 2017 sobre o cargo de gerente de UBS.....105

QUADRO 13: Número de tentativas de entrevistas e entrevistas efetivamente realizadas por profissionais.....108

QUADRO 14: Perfil dos encarregados de UBSs em Campos dos Goytacazes, em 2025.....109

QUADRO 15: Composição das equipes de saúde, de acordo com a PNAB 2017.....110

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição da amostra por tipos de unidades.....24

TABELA 2: Estabelecimentos de saúde da rede pública em 2024 de acordo com o Plano de Saúde Municipal.....46

TABELA 3: Transferências de recursos do SUS recebidas pelo município de Campos entre os anos de 2008 e 2011.....62

TABELA 4: Quantidade de municípios do estado do Rio de Janeiro, por modalidade de gestão em 2011.....65

TABELA 5: Transferências para a saúde recebidas pelo município de Campos entre os anos de 2020 a 2024.....66

TABELA 6: Despesas com saúde por subfunção executadas pelo município de Campos entre os anos de 2020 e 2024.....71

TABELA 7: Quantidade de estabelecimentos de saúde básica por modelo de funcionamento.....81

TABELA 8: Número de profissionais por UBS e UBSF.....84

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Exemplo de como os dados são apresentados pela plataforma SIOPS, referente ao município de Campos no ano de 2004.....59

FIGURA 2: Mapa de estabelecimentos de saúde do município de Campos em abril de 2025.....85

FIGURA 3: Comentários referentes a uma matéria sobre uma UBS do município de Campos, na rede social *Instagram.*.....125*.*

FIGURA 4: Comentários referentes a prática de distribuição das UBSs no município de Campos, na rede social *Instagram*.....126

FIGURA 5: Comentário de ex-gerente de UBS do município de Campos, na rede social *Instagram*.....126

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Arrecadação de *royalties* e participações especiais, *per capita*, segundo municípios do Norte Fluminense 1996-2003 (R$).....63

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO……....12

CAPÍTULO I

OS CAMINHOS E O MÉTODO: INFORMALIDADE NA ARENA DA POLÍTICA LOCAL.....17

1.1 O contexto e a metodologia da tese.....17
1.2 Sobre as faces e expressões do "clientelismo": a nomenclatura e a sua apropriação para entender o objeto.....36
1.3 Sobre os dados utilizados e o trabalho de campo.....38
1.4 O cenário político do município de Campos dos Goytacazes, RJ.....46

CAPÍTULO II

"O ALVO E A CAPTURA": NOÇÕES INICIAIS SOBRE A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E O *MODUS OPERANDI* LOCAL 50

2.1 O surgimento do SUS e a implementação da diretriz organizativa descentralização.....50

2.2 As NOBs como mecanismos de regulamentação.....54
2.3 O município de Campos dos Goytacazes e sua atuação na gestão da saúde pública local.....61
2.4 O custeio das políticas de saúde ao longo do tempo: as regras e a participações dos entes federados.....66
2.5 A Atenção Básica como eixo estruturante do sus e a Estratégia Saúde da Família.....70
2.6 Panorama da Atenção Básica à Saúde no município.....79

CAPÍTULO III

AS RELAÇÕES ENTRE EXECUTIVO E LEGISLATIVO: AÇÕES E ATUAÇÕES "EM NOME DAS BASES" 87

3.1 Dinâmicas Representativas e Incentivos Políticos **.....**91

3.2 As relações Executivo-Legislativo em Campos dos Goytacazes: uma análise a partir dos bastidores da política local 93
3.3 A construção de uma maioria situacionista na Câmara de Vereadores.....96
3.3.1 A dinâmica da relação entre o Prefeito e os Vereadores Situacionistas em Campos dos Goytacazes.....98
3.3.2 Os caminhos para uma maioria de Vereadores Situacionistas.....99
3.4 A dinâmica da relação entre o Prefeito e os Vereadores de oposição.....101

CAPÍTULO IV
OS "ENCARREGADOS DA ATENÇÃO BÁSICA": A POLÍTICA NA ROTA DA POLÍTICA PÚBLICA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES (RJ).....103
4.1 Perfil e práticas dos encarregados no município de Campos dos Goytacazes.....107
4.2 O papel dos encarregados na gestão das UBSs: discricionariedade e relações políticas cotidianas.....117
4.3 A dinâmica da atuação dos vereadores nas Políticas Públicas de Saúde.....122

CONSIDERAÇÕES FINAIS 130

REFERÊNCIAS 134

ANEXOS.....143

APÊNDICES.....146

INTRODUÇÃO

Esta tese tem por objetivo analisar o papel dos atores políticos do poder Legislativo municipal no processo de implementação de políticas públicas de saúde, tendo por base as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e as ferramentas de gestão disponíveis a essas unidades, no âmbito local. O *lócus* da pesquisa é o município de Campos dos Goytacazes, região norte do estado do Rio de Janeiro. Em termos quantitativos, o município conta com 48 UBSs[1] distribuídas entre os 14 distritos do município. É este, portanto, o universo empírico e complexo que propomos investigar ao longo desta pesquisa.

É nesse espaço que se busca conhecer um pouco sobre como a política pode se imbricar com o dia a dia da política pública. Em outras palavras, como a *politics* se ocupa da *policy* e os efeitos percebidos dessa relação. A análise dessa abordagem não é nada simples, a começar pelo tempo de observação, que não pode se limitar a poucos mandatos eletivos, de modo que se possa mitigar um pouco o viés desta pesquisa.

Ainda nesse impasse, tem-se o processo de implementação da política pública como a "fase" mais propícia para que se possa perceber esse "fenômeno", dado o *continnum* que essa etapa representa e sua condição precípua de interferências e mudanças ao longo desse processo. Tais questões se reforçam mais ainda por ser uma política pública cujos efeitos, em boa medida, decorrem do papel exercido pelos agentes públicos que atuam na ponta, no contato direto com os usuários da política, estes denominados por Lipsky (1980) como *burocratas de nível de rua,* e pelos atores políticos, cuja atuação e relações compõem o principal objeto do presente trabalho.

Entender que a política pública é o resultado da união de várias ações distintas realizadas por muitos indivíduos, e direcionar o olhar para esses agentes, tanto os burocratas quanto os atores políticos, é fundamental para compreender o real funcionamento da política de atenção básica em saúde, sobretudo, seus desdobramentos até chegar aos usuários desses serviços públicos.

[1] De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2022-2025, o município de Campos conta com 39 UBSs. No entanto, esse número está desatualizado. Em março de 2025, esse número passou para 48 unidades em funcionamento, entre UBSs e UBSF. Esse número segue aumentando conforme o passar do tempo, pois trata-se da reabertura de unidades que se encontravam desativadas. Esse dado foi disponibilizado por profissionais atuantes na área administrativa da Atenção Básica no município.

O processo de implementação de uma política pública, como a de saúde, por exemplo, é dinâmico, com interações entre uma pluralidade de atores, seja governo, sociedade civil e mercado. Esse arranjo tem conotações das mais diversas, a depender de como esses atores se inter-relacionam, seus interesses mais evidentes e sua capacidade de influírem na condução rotineira da política. Com efeito, a resultante desse arranjo pode fazer com que, na ponta, os usuários da política pública se tornem "reféns" dos agentes implementadores, por dependerem das práticas e decisões tomadas por estes agentes (LOTTA, 2010).

Para Lipsky (1980), a principal relevância do trabalho destes agentes implementadores se dá pela responsabilidade de transmitir os esforços de uma política de governo para os cidadãos, mediando os aspectos do relacionamento e a interação entre estes e o Estado. São eles os responsáveis por externar a forma como o governo desempenha determinada função pública, por meio do processo de implementação, momento em que a política pública é executada, saindo do papel da formulação e se transformando em ação. No entanto, a "forma" como essas políticas saem do papel pode decorrer de um "conjunto de coisas", nas quais a variável política tende a se expressar de maneira mais contundente nesses espaços. É, então, na política que se direciona o olhar desta pesquisa, pois, se remete ao que os agentes que atuam na ponta podem interferir na condução de uma determinada política pública. Mas, antes disso, porém, há que se olhar para a discricionariedade dos atores políticos eletivos que nomeiam tais burocratas para atuarem nestes postos, na ponta.

Portanto, é importante considerar o papel dos atores políticos locais. Afinal, a implantação de uma unidade básica de saúde por exemplo, parte de uma decisão técnica, mas também política, e inclui questões como a escolha do modelo de funcionamento da unidade: se vai atuar seguindo o modelo tradicional de UBS, o modelo misto[2] ou a Estratégia Saúde da Família, tornando-se o que chamamos de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF).

Para além dos critérios eminentemente técnicos que regem a escolha dos territórios, a variável política não pode ser desconsiderada. Mesmo porque, é na arena política em que se define as ações dos governos e, neste sentido, os espaços de introdução política também são levados em consideração no momento da escolha

[2] O modelo de funcionamento misto apresenta atendimentos tanto de uma UBS tradicional como de uma UBSF. Atualmente o município está em processo de descontinuação desse modelo, caminhando para que seja implantada a ESF também nas unidades tradicionais.

das localidades de implantação de uma nova UBS. Trata-se de uma questão importante e que, em boa medida, orienta os equipamentos públicos do município, em específico as UBSs. É nesse campo analítico que se busca alocar a pesquisa, partindo do pressuposto do uso político desses equipamentos pelo poder Legislativo municipal.

A identificação desse componente político inserido no funcionamento dos equipamentos públicos não é uma tarefa simples. No entanto, o desenvolvimento dessa tese parte de uma pesquisa anterior (SOUZA, 2019), em que tais apontamentos se fizeram evidentes, mas sem um amparo teórico-metodológico que desse conta dessa questão.

Todavia, na presente tese propomos expandir a análise temporal, de forma que se possa ter alguma compreensão do funcionamento dessa política conjugada com a "ingerência" dos legisladores municipais e o próprio Poder Executivo local. Para o desenvolvimento dessa pesquisa consideramos as últimas cinco legislaturas, sendo elas: 2005-2008, 2009-2012, 2013-2016, 2017-2020 e 2021-2024. O recorte se justifica pelo surgimento da Política Nacional de Atenção Básica[3] no ano de 2006.

Apesar de serem consideradas um total de cinco legislaturas, o foco principal concentra-se na mais recente, no que se refere à atuação e práticas dos vereadores; e as condutas estabelecidas nas UBSs. Para tanto, nos valemos de entrevistas semiestruturadas com os atores políticos (ou não) que atuam (ou atuaram) a partir do ano de 2005. Ou seja, vereadores com mandatos anteriores a esse ano não estão aptos a serem entrevistados.

De modo que se possa dar corpo a uma fala recorrente entre os burocratas do nível de rua do município de Campos, a qual apontam que se trata de uma prática comumente realizada; e relatada por profissionais que atuam na política pública de saúde do município, está a "distribuição" das UBSs entre os vereadores a cada legislatura. Em outras palavras, o formato como se configura essa relação pode referir-se como uma "moeda de troca" que reforça o poder de barganha do Executivo, situação na qual a "cor partidária" (base ou oposição ao governo) pode influir nessa distribuição. A estes parlamentares ("contemplados") é atribuída a condição de indicar profissionais para atuarem nos equipamentos públicos – e em alguns casos, também

[3] A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 648/GM/MS de 28 de março de 2006, representou uma reorientação na organização da atenção à saúde no Brasil, ao reafirmar a Atenção Básica como a principal porta de entrada do SUS.

os “encarregados[4]” das unidades –, além de se valerem de uma ação frequente, que é o agendamento de consultas e visitas domiciliares dos agentes de saúde. É esse cotidiano da implementação da política de saúde nos equipamentos públicos que se pretende averiguar no transcorrer desta tese.

A condição de “dono” de uma UBS geralmente perdura enquanto durar o mandato do vereador e/ou enquanto o vereador mantém seu posicionamento favorável ao governo. Ou seja, por expectativa operacional da pesquisa, haveria uma divisão das UBSs entre os legisladores e quando um vereador se torna oposição, ele “perde a condição de dono”, assim como vários outros cargos, como Direção e Assessoramento Superior (DAS) e Recibo de Pagamento Autônomo (RPA), dentre outros.

É olhando para essas questões que se pretende formatar o desenho da pesquisa, de modo que se possa perceber a influência dos legisladores locais na gestão de uma política pública, a partir da nomeação dos chamados “encarregados”, além de outros profissionais, que ao fim e ao cabo, ocupam posições de decisão junto aos burocratas de nível de rua. Ou seja, a pesquisa olha para o papel do legislador (no caso os vereadores), como atores que interferem na chamada discricionariedade do burocrata de nível de rua, a partir das nomeações de pessoas chave no papel dos encarregados.

Enfim, busca-se com a presente tese de doutorado, analisar o *modus operandi* no gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde e Unidades Básicas de Saúde da Família no município, a partir da atuação do vereador. Averiguar a interferência do ator político na gestão das unidades; e compreender como isso pode afetar no atendimento e nos serviços de saúde oferecidos pelas unidades.

Ao longo do texto, faço uso tanto da “primeira pessoa” quanto da “terceira pessoa”, a depender da abordagem. Face ao exposto, temos no primeiro capítulo a apresentação do campo, explorando suas características e as particularidades do ambiente o qual foi inserido. Este primeiro capítulo serve como uma bússola para que possamos nos orientar nesse campo empírico complexo. É nele que buscamos traçar os rumos da pesquisa, descrevendo os obstáculos e os contornos que se usou ao

[4] O termo *encarregado* é comumente utilizado no município de Campos dos Goytacazes para se referir àquele que ocupa o cargo de gerência de uma UBS ou UBSF.

longo dessa trajetória. Assim, a discussão do contexto metodológico de desenvolvimento da pesquisa e a definição dos recortes estabelecidos.

Já o segundo capítulo é voltado para introduzir a temática da saúde pública. A abordagem do tema inicia-se a partir do surgimento do SUS, suas diretrizes, em especial a de descentralização, até o histórico de modelos de gestão da saúde implementados ao longo dos anos e os diferentes formatos de repasses financeiros para os serviços de saúde adotados. Trate-se de um capítulo normativo, o qual apresenta as principais leis e regulamentações que moldaram o processo da implementação da saúde até o modelo atualmente vigente.

No terceiro capítulo são discutidas as relações entre os Poderes Executivo e Legislativo, ampliando a abordagem para nível municipal. Tratamos do conceito da conexão eleitoral aplicado a nível municipal, dado a literatura escassa sobre esta temática. A chamada conexão eleitoral, especialmente a nível municipal, é moldada por um conjunto de interações pessoais, distribuição de recursos e reconhecimento das necessidades locais. Há que se deixar claro que não se pretende testar estatisticamente esse dado. Neste capítulo são apresentadas perspectivas sobre como os políticos locais formam e mantêm essas conexões.

O quarto capítulo é destinado a política no caminho das políticas públicas de saúde e a análise do *modus operandi* campista. Trata-se de uma análise descritiva a respeito das práticas políticas adotadas no município de Campos. Versa sobre os costumes locais e as formas de “rateio” no Legislativo Municipal; além das descobertas realizadas através da pesquisa de campo. A figura do encarregado é desmistificada através da observação e análise de suas práticas. As relações entre os profissionais das UBSs com os atores políticos são exploradas, assim como o elemento discricionariedade, e como esses fatores são capazes de influir (e se influem) nos resultados das políticas de saúde, através dos serviços públicos prestados nas unidades.

CAPÍTULO I

OS CAMINHOS E O MÉTODO: INFORMALIDADE NA ARENA DA POLÍTICA LOCAL

1.1 O contexto e a metodologia da tese

O objeto de estudo desta tese de doutorado é multifacetado, podendo ser observado por diferentes óticas. Proponho-me a investigar o papel dos vereadores e suas práticas políticas quanto ao *modus operandi* do gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde do município de Campos dos Goytacazes, região norte do estado do Rio de Janeiro. Dizendo de outro modo, pretendo compreender como são operacionalizadas as políticas públicas de saúde da atenção básica em seu cotidiano e de que modo o ator político (mais especificamente, o vereador) é capaz de influir sobre a gestão das UBSs, principalmente por meio de indicações para os cargos de gerência das unidades de saúde.

Considero importante informar, logo de início, que esse estudo se trata do cotidiano da política municipal e da forma como suas relações são desenvolvidas. Os esforços aqui não estão voltados para o "dever ser" da política e nem em como os políticos "devem" se comportar ou em como as instituições "devem" funcionar. Meu intuito aqui é compreender como se dá a relação dos vereadores, quando o assunto é o cotidiano da saúde na Atenção Básica no município, com: os profissionais das unidades básicas de saúde, principalmente os chamados "encarregados", que podem ou não ocupar um cargo por indicação; com os usuários dessas políticas públicas de saúde; e sua conexão com o poder executivo. Portanto, o propósito é analisar a política em ação, incluindo o jogo de interesses que ela conduz e a forma como ela efetivamente é praticada.

Assim, compreender a "política em funcionamento", a partir da observação sobre a condução cotidiana da política pública de saúde básica, a sua pluralidade e os seus vasos comunicantes é algo que move este estudo, cujo interesse enquanto pesquisadora se aflorou desde a elaboração da dissertação de mestrado (ver SOUZA,

2019). Naquele momento realizei uma pesquisa de campo, entre acompanhamentos presenciais em diferentes unidades básicas de saúde, e pude perceber que o papel dos vereadores no município em questão não se restringia apenas às atribuições formais que competem aos membros do Poder Legislativo, como a criação e aprovação de leis e a fiscalização do Executivo.

Pelo contrário, sua atuação vai além das definições normativas, afinal, se é eleito, é porque o ator político tem alguma inserção junto a um grupo social, categoria profissional, uma causa, ou algo que o valha. E se a lógica política do legislador parte da sua capacidade de atender a esses eleitores e assim manter-se no cargo (via reeleição) (PEREIRA; RENNO, 2007), então, fazer-se presente no dia a dia de uma política pública que os aproximem dos eleitores pode representar um diferencial numa próxima eleição. Todavia, vale ressaltar, que os desdobramentos centrais dessa tese não se vinculam unicamente à chamada “conexão eleitoral”, tema já muito debatido na literatura especializada (CERVI, 2009; ROJAS, 2009; ROCHA, 2021).

Ao olharmos atentamente para esses atores e as atividades que desenvolvem, podemos perceber que parte dos seus esforços estão voltados para o atendimento de pedidos e demandas da população, principalmente aqueles de caráter particularista. Apesar da existência de demandas em outras áreas, como por exemplo a educação, o foco dessa pesquisa se dá apenas aos pedidos relacionados à saúde, sendo alguns deles: agendamento de consultas médicas; exames de média ou alta complexidade; internações hospitalares; serviços de *home care* e entre outros. Afinal, essas são ações que os aproximam dos eleitores como agentes facilitadores da política pública.

Vale salientar que esses e muitos outros serviços de saúde são direito de todo e qualquer cidadão brasileiro, sem distinção, previstos na Constituição Federal de 1988, e devem ser ofertados gratuitamente pelo Estado através do SUS. Seu princípio de universalidade garante acesso a todos os cidadãos, sem discriminação ou restrição, considerando as necessidades de saúde de cada pessoa, o que, em tese, dispensaria essa figura de “facilitador”. Entretanto, na prática tem se mostrado como um ator relevante, capaz de influir no dia a dia da política pública.

Com efeito, a presença desse ator político (o vereador) atuando como um “despachante”, insere um componente nos achados de Michael Lipsky (2010) sobre a ação da burocracia de nível de rua, que grosso modo, ressalta a capacidade discricionária do agente público que atua na ponta, com os usuários da política. Ou

seja, não apenas esse burocrata pode “mudar os rumos da política” na sua implementação, mas também, os vereadores podem se comportar como agentes implementadores, indicando e influindo no fluxo da política pública. É sobre essa discussão que a tese se assenta.

Dessa forma, a condição de vereador pode proporcionar para alguns usuários uma espécie de atalho, um caminho mais curto para o acesso aos serviços públicos de saúde, e não o serviço em si. É como um “facilitador” para o gozo dos seus direitos como cidadãos, ainda que, em algumas situações, isso possa ser enxergado de maneira distinta pela população. O atendimento dessas demandas muitas vezes é encarado como um favor do político para o beneficiário e, mais tarde, esse favor pode ser “cobrado” nas urnas. Apesar de toda sua complexidade, essa não foi uma descoberta muito trabalhosa.

Inicialmente, gostaria de explicar o uso de alguns dos termos presentes ao longo do texto como: *clientelismo*, *clientela*, *práticas clientelistas* e suas variáveis, fazendo referências às relações, ações e práticas desempenhadas entre os atores políticos e a sociedade. A literatura sobre o clientelismo político (STOKES, 2013; AVELINO, 1994; DINIZ, 1982) discute, principalmente, questões como a destinação de benefícios públicos (recursos, cargos, serviços e entre outros) realizada pelos políticos em prol de suas *bases eleitorais*, formadas por lideranças políticas e moradores de localidades que possuem algum vínculo político.

Esse tipo de relação política e de poder, estabelecida entre *patrão* e *cliente* (LANDÉ, 1977; GAY, 1998; ROCHA, 2017), é caracterizada por se tratar de uma relação assimétrica quanto aos seus poderes políticos e econômicos, ou seja, apresenta uma grande disparidade de poderes, seja em termos políticos, econômicos, de prestígio ou *status*. Além disso, ela também se diferencia por ser uma relação do tipo pessoal, com contato face a face; pela troca de serviços e bens materiais ou imateriais (gentileza, lealdade, proteção) entre os parceiros; e pelo seu conteúdo moral, que remete à honra dos parceiros (BEZERRA, 1999). O autor Landé (1977) destaca os dados essenciais dessa relação, sendo elas: a posição assimétrica entre patrões e clientes; e a manutenção de compromissos com diferenciais de reciprocidade entre os polos da relação.

A atuação dos parlamentares[5] voltada para o atendimento de demandas originadas por suas bases eleitorais, é objeto de crítica e rotulada como *clientelista*. Nesse caso, o termo é usado em sentido pejorativo para caracterizar tais práticas como atrasadas e *tradicionais*. No entanto, ao longo deste trabalho, os termos anteriormente mencionados e destacados, assim como a noção de clientelismo, serão utilizados exclusivamente como conceitos analíticos. Ou seja, não apresentam nenhum sentido ou efeito de acusação ou denúncia, tampouco expressam algum juízo de valor acerca das condutas observadas. Nesse contexto, o uso do clientelismo e suas derivadas nomenclaturas é apenas uma forma mais tangível de denominar tais condutas, de modo a facilitar a compreensão.

Reafirmo, logo no início deste primeiro capítulo, que minha intenção aqui não é julgar condutas, sejam elas de atores políticos, agentes públicos ou mesmo da população. E nem de apresentar a política em seu modo ideal, do dever ser. Meu intuito é, unicamente, analisar de forma sociológica essas questões e os seus impactos na oferta dos serviços públicos de saúde. Com isso, um dos esforços deste trabalho se concentra nas concepções políticas vinculadas a essas condutas dos vereadores em favor de suas bases e em como essas práticas são enxergadas, tanto pelos atores políticos como pelas suas bases e a população em geral.

A assistência prestada pelos políticos às suas bases pode ser entendida pelo vereador como parte de seu dever como político, como alimento a manutenção de sua carreira política (BEZERRA, 1999) ou até mesmo como um “investimento” para sua reeleição nos anos seguintes (PEREIRA e RENNO, 2007). Entretanto, pouco se sabe sobre como essas bases, como receptores dessa assistência, pensam a respeito das ações prestadas. Será que acreditam que tais práticas são parte da função de um vereador, ainda que não conste em suas atribuições formais? Independente da forma como são vistas, essas práticas políticas despertam um sentimento de gratidão que pode se estender como um favor a ser devolvido posteriormente em forma de voto (NICHTER, 2018).

O trabalho parte da análise de suas intervenções no processo de implementação das políticas públicas de saúde na atenção primária e no cotidiano do gerenciamento das unidades básicas de saúde. Analisar as práticas dos atores

[5] Vale ressaltar que neste trabalho abordaremos apenas o Legislativo em âmbito Municipal, dessa forma sempre que o termo parlamentares for utilizado, será para fazer referência aos vereadores.

políticos em função de suas concepções a respeito de suas atribuições como vereador, e como isso interfere no produto da política pública, constitui a preocupação central deste trabalho, considerando a limitada literatura existente que trata dos aspectos informais das atividades e práticas políticas pelos parlamentares em âmbito municipal.

É importante ressaltar que, apesar da abordagem deste trabalho ser centrada na atuação política voltada para o atendimento das demandas de seus eleitores, não se pode afirmar que suas ações são exclusivamente voltadas para esta finalidade. O fato é que considerar essas práticas contribui para o entendimento de como as políticas públicas de saúde sofrem intervenções devido a essas ações, e como (e se) isso influencia em termos de acesso e em seus resultados. É certo que os vereadores também atuam em função de suas atribuições formais e de interesse coletivo.

Dito isso, daremos início ao percurso da metodologia dessa pesquisa. O primeiro elemento a ser pensado foi em como obter as informações necessárias para o desenvolvimento do estudo, uma vez que se trata de questões muito específicas e que não são facilmente disseminadas e/ou divulgadas. Desvendar os conteúdos e termos acordados nos bastidores da política municipal era o principal desafio.

Por julgar inviável minha inserção como pesquisadora no cotidiano da Câmara de Vereadores, devido a burocracia e as formalidades necessárias para entrada no local para qualquer outra finalidade que não seja a de acompanhar sessões ou ir a encontros previamente agendados com vereadores em seus próprios gabinetes. Ademais, acreditando que nada relevante seria acordado na presença de uma "desconhecida", optei por acompanhar as rotinas e o dia a dia das próprias UBSs.

Segundo Minayo (2018), há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados por meio de perguntas e nem de documentos quantitativos, denominados pela autora por "imponderáveis da vida real", que devem ser observados em sua realidade. Por essas e outras penso que o caminho metodológico mais adequado, e capaz de atender às minhas expectativas quanto aos resultados, é a utilização do método qualitativo de observação.

O uso desse método me permite acompanhar de perto os acontecimentos recorrentes nas UBSs, além da possibilidade de estabelecer relações importantes para a realização de entrevistas e criar laços e rede de contatos capazes de contribuir para o entendimento do *modus operandi* daquele local.

A técnica de observação é realizada através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, com objetivo de obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos (MINAYO, 1992). O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. A importância dessa técnica reside na possibilidade de captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio simplesmente de perguntas, mas que podem ser observados diretamente na própria realidade, transmitindo o que há de mais imponderável e evasivo na vida real. Desse modo, utilizaremos a observação como uma estratégia complementar às entrevistas.

Por ter desenvolvido esse tipo de observação em UBSs do próprio município em um passado recente, o que pode amparar esse campo em um conhecimento prévio da logística de funcionamento e da forma como as coisas acontecem naquele ambiente. Portanto, o intuito dessa vez é retomar às unidades e realizar a observação durante um período mais curto, permanecendo apenas o tempo necessário para entrevistar os encarregados, alguns dos profissionais da unidade e usuários, enquanto, simultaneamente, observo o ambiente e as pessoas daquele local. Ou seja, frequento determinada unidade de saúde durante uma semana para efetuar as entrevistas com os atores daquela unidade. Caso se perceba alguma necessidade, esse período pode ser prolongado por mais alguns dias, até que seja tempo suficiente para realizar as entrevistas. Feito isso, dou início ao mesmo processo, dessa vez em outra unidade.

No que se refere ao objeto empírico dessa pesquisa, cabe ressaltar que o município de Campos já possuiu 80 unidades básicas, sendo 40 UBS e 30 UBSF, no ano de 2020, segundo o Plano Municipal de Saúde vigente (2022-2025). De acordo com o mesmo documento:

> (...) com o início da pandemia do Coronavírus, houve o fechamento de algumas unidades, visando a realocação dos profissionais que trabalhavam nessas unidades para atuar na linha de frente no CCCC[6]. Em 2021, após o início da vacinação e a queda no número de casos da Covid-19, houve a reforma e reabertura de algumas unidades visando a reestruturação da saúde pública do município, chegando a totalizar 07 UBSF e 01 UBS reabertas. (Plano Municipal de saúde 2022-2025, p.148)

[6] Centro de Controle e Combate ao Corona vírus

No ano de 2025 mais de 20 dessas unidades encontravam-se desativadas. Quatro anos antes, em 2021, 46 UBSs encontravam-se fechadas e o município informou naquele ano que as unidades estariam sendo reabertas de forma gradativa, respeitando o orçamento do município e a disponibilidade dos profissionais, entretanto ainda não havia previsão de abertura de pelo menos 40 das 46 unidades desativadas[7]. Em 2022, a quantidade de unidades desativadas diminuiu para 33, enquanto 41 UBSs encontravam-se em funcionamento[8].

Durante o desenvolvimento desta tese, o número de unidades em funcionamento apresentou instabilidade. Ao iniciarmos o presente trabalho, o número de UBSs em pleno funcionamento no município era de 28 unidades; este número passou para 41 unidades ativas em Campos no período aproximado de um ano.

Unidades que permaneceram fechadas por pelo menos três anos foram sendo reativadas de maneira gradativa e sem nenhum tipo de aviso prévio ou informe oficial, como foi o caso das UBS Parque São Matheus e UBS Parque Lebret. E o contrário, também pôde ser observado, com unidades que passaram longos períodos em funcionamento sendo desativadas, como por exemplo: UBS Baixa Grande, UBS Palmares e a UBSF do Parque Prazeres.

Neste sentido, para acompanhar o número atualizado das unidades no município, foi necessário comparecer várias vezes à Secretaria Municipal de Saúde, no setor da Atenção Básica, para solicitar tal informação. Em abril de 2024 havia 49 unidades ativas e em novembro do mesmo ano este número já havia passado para 52. Já em abril de 2025 o número de unidades em pleno funcionado informado pela secretaria de atenção básica era de 48 unidades.

Portanto, devido às constantes atualizações e, considerando que unidades recém-inauguradas podem não ter tido tempo hábil de funcionamento capaz de oferecer as informações que buscamos, fixamos o número em 48 unidades, entre UBSs e UBSFs. Quantidade esta que diverge do número de 36 unidades apontado pelo Plano Municipal de Saúde vigente, que atende os anos de 2022-2025.

As Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Campos, são culturalmente conhecidas por “UBSF”. A mesma sigla ‘UBSF’ pode ser encontrada na

[7] Ver mais em: <https://plantaodoslagos.com.br/categoria/estado-do-rio-de-janeiro/norte-fluminense/campos-dos-goytacazes-rj-tem-46-unidades-basicas-de-saude-fechadas-norte-fluminense/?utm_source=chatgpt.com>

[8] Ver mais em: < https://j3news.com/2022/04/28/reestruturacao-da-atencao-basica-em-campos-reabre-13-ubss-em-pouco-mais-de-1-ano/?utm_source=chatgpt.com>

literatura para fazer referência às “Unidades Básicas de Saúde Fluviais”, em contextos bem distintos. Entretanto, no presente estudo, o uso da sigla UBSF é exclusivamente voltado para se referir às unidades de Saúde da Família, adaptando-se a linguagem da população local, de modo que facilite a compreensão. Neste sentido, o termo UBS de modo geral refere-se a todas as unidades básicas de saúde, enquanto UBSF apenas àquelas unidades que atuam segundo a ESF.

Considerando o caráter meramente qualitativo da pesquisa e sua ênfase na análise das dinâmicas estabelecidas na gestão das unidades e das práticas informais, optou-se por selecionar seis unidades do município como casos empíricos para a realização da observação de campo, entrevistas com os profissionais e análises das interações cotidianas, que envolvem desde os serviços ofertados, até os usuários e os diferentes agentes (profissionais) que operam nas unidades.

O número reduzido de unidades contribui para a realização de uma análise mais densa e com interpretações mais robustas. Além disso, permite a construção de vínculos com os profissionais locais, importantes para a coleta de dados como as práticas informais, que exigem determinada cautela. A amostra contempla as três diferentes modalidades de funcionamento das unidades, ficando dividida conforme a Tabela 1.

TABELA 1: Distribuição da amostra por tipos de unidades

TIPOS DE UBS	Nº DE UNIDADES
UBS Tradicional	2
UBSF	2
UBS Mista	2
Total:	**6**

FONTE: Elaboração própria

O tipo da unidade é definido de acordo com a composição da equipe de profissionais que lá atuam. Sendo assim, consideramos UBS tradicional as unidades que apresentam somente equipes de Atenção Primária (eAB); UBSF as unidades que apresentam somente equipes de Saúde da Família (eSF); e UBS mista as unidades que apresentam ambas as equipes de profissionais. A composição de cada equipe é apresentada com detalhes no próximo capítulo.

Para a composição da amostra, foram selecionadas seis unidades básicas dentre o universo de 48 existentes no município. A escolha considerou a diversidade

das unidades em termos de localização geográfica, porte, tempo de funcionamento, composição das equipes, modelo de atenção (UBS tradicional, UBS mista ou UBSF) e perfil sociodemográfico da população atendida. Esse recorte buscou contemplar diferentes realidades organizacionais, de modo que a análise abranja diferentes contextos.

A distribuição da amostra apresentada acima inclui os três tipos de unidades presentes no município, garantindo a diversidade na análise dos diferentes formatos de organização, que podem, ou não, influenciar na implementação das políticas públicas de saúde. O objetivo foi selecionar unidades com características distintas em aspectos como: localização central e periférica; número de profissionais atuantes; e diversidade de serviços oferecidos. Para a seleção das unidades foram consideradas unidades com características distintas em aspectos, como por exemplo a distribuição geográfica.

Na tentativa de ampliar a diversidade, observou-se a localização, atentando para que fossem escolhidas unidades de diferentes regiões do município. Para além da região central, também foi selecionada uma unidade localizada em um dos outros 13 distritos de Campos. Desse modo, foi possível chegar a diferentes pontos do município.

Foram analisadas questões de acessibilidade e segurança, considerando índices de vulnerabilidade social e violência[9] nos bairros onde as unidades estão localizadas. Isso porque, determinadas regiões do município de Campos possuem acesso restrito a moradores e pessoas conhecidas, de modo que a entrada e saída seja controlada por grupos organizados da própria comunidade. Segundo Uchoa e Trindade (2021), a violência no município, apesar de localizado no interior, possui problemas típicos de cidades grandes de regiões metropolitanas, incluindo a disputa de territórios por facções criminosas. Ele destaca:

> Em Campos, existem alguns territórios demarcados por traficantes de drogas há décadas, como as comunidades Tira-Gosto e Baleeira. Mais recentemente, bairros de Guarus, como Santa Helena, Lebret, Novo Eldorado, Santa Rosa, entre outros, aparecem como cenários de conflitos e tensões envolvendo crimes como homicídios e tentativas de homicídio (UCHOA e TRINDADE, 2021).

[9] Foram consideradas notícias de jornais de relevância regional como G1 e locais como J3 news, Portal ururau e Campos 24horas, dos últimos 3 anos.

Portanto, prezando pela segurança da pesquisadora e pela condução responsável da pesquisa, algumas unidades, ainda que se mostrassem interessantes para a observação e coleta de dados, foram desconsideradas da seleção.

O número de profissionais atuantes na unidade foi observado por meio de dados disponibilizados pela plataforma Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em consulta realizada em dezembro de 2024. Nesse caso, foi dada maior atenção as unidades que apresentaram discrepância em relação as demais, por exemplo, enquanto uma unidade apresentava 8 profissionais cadastrados, outra apresentava 178 profissionais, considerando que ambas oferecem praticamente os mesmos serviços.

Algumas unidades apresentam particularidades interessantes, como é o caso da UBSF de Custodópolis, que além de ser um Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Campos, a região de Custodópolis possui uma das 7 comunidades quilombolas[10] do município que já obtiveram reconhecimento.

Selecionadas as seis unidades, deu-se início as visitas presenciais para observação e entrevistas. Optou-se por não divulgar os nomes das UBSs e UBSFs escolhidas por diversas razões. A primeira delas é proporcionar maior segurança aos entrevistados, resguardando seu anonimato e mantendo em sigilo as unidades em que atuam. A não divulgação das unidades visitadas também se faz importante devido a explanação de informações que serão apresentadas nos próximos capítulos deste trabalho. Cabe relembrar que não é a intenção, de forma alguma, promover nenhum tipo de julgamento de valores das práticas realizadas, tampouco do caráter daqueles que praticam/praticaram. Todavia, é fundamental que se preserve a identificação tanto dos entrevistadores quanto das unidades.

Tendo iniciado as visitas, os principais fenômenos observados são registrados para análises posteriores. Entre eles estão diálogos formais ou informais; além de falas marcantes e algumas das práticas realizadas na unidade. Consideramos por diálogo formal aquele realizado em contexto de entrevistas, em que o entrevistado tenha ciência e concorde com os termos[11] previamente estabelecidos; enquanto os diálogos informais se estendem às conversas despretensiosas em meio as visitas ou

[10] De acordo com o Plano Municipal, ao todo o município de Campos possui 18 comunidades quilombolas, todavia 11 delas ainda estão aguardando reconhecimento.
[11] Esses termos se resumem ao consentimento em realizar a entrevista; garantia do anonimato do entrevistado; e a permissão ou não para a gravação em áudio das entrevistas.

em momentos de descontração na unidade, em ocasiões em que as partes não se caracterizam por entrevistador e entrevistado. Segundo o autor Hélio Ferenhof (2018), uma conversa informal pode relatar fatos sem que o entrevistado habilite seu mecanismo de defesa, deixando a realidade transpor, diferente de dados solicitados de maneira formal, por meio de uma pergunta direta, que muitas vezes não revelam o que realmente acontece.

O caminho percorrido durante o processo de levantamento de dados até o contato com os atores envolvidos também são informações registradas. Dito isso, o levantamento de dados foi iniciado a partir de *emails* enviados em março de 2024 para a Secretaria Municipal de Saúde, Subsecretaria de Atenção Básica e Centro de Informação e Dados de Campos (CIDAC). Apenas o CIDAC retornou o *email*, enviando um *link* para um mapeamento de UBSs desatualizado. De todo modo, em junho de 2024 tentamos acessar o *link* novamente e o mesmo se encontrava indisponível, com mensagem de “mapa personalizado não encontrado”.

Diante disso, precisei solicitar as informações presencialmente na Secretaria Municipal de Saúde por intermédio de um parceiro, pois me encontrava no exterior em período de “Sanduíche”[12]. Foram disponibilizados os seguintes dados: número de unidades básicas em funcionamento (sem a devida distinção entre UBS e UBSF); e o nome do encarregado de cada unidade. Apenas no ano seguinte consegui uma lista mais atualizada das unidades e com as devidas especificações de suas modalidades de funcionamento.

Feito isso, minha entrada no campo se iniciou-se a partir das entrevistas que seguiram roteiros semiestruturados com perguntas abertas e fechadas, possibilitando o surgimento de novas questões, além daquelas previamente estabelecidas, no decorrer da entrevista.

Logo nas primeiras entrevistas foi possível perceber que ter optado pelo formato semiestruturado foi um grande acerto. Devido a maior interação entre entrevistador e entrevistado característico deste modelo, informações relevantes e algumas um tanto curiosas foram sendo reveladas naturalmente enquanto o entrevistado respondia determinada pergunta, o que permitiu novas indagações e questionamentos acerca do assunto que provavelmente não surgiriam em outro

[12] PDSE é um Programa de doutorado Sanduíche no Exterior, da CAPES, o qual o pesquisador desenvolve uma parte de sua pesquisa no exterior.

formato de entrevista e resultou na obtenção de informações-chave para o objetivo da pesquisa. Os questionários utilizados estão presentes nos apêndices deste trabalho.

As entrevistas foram divididas em cinco diferentes grupos, para fins de organização e análise, como pode ser observado no quadro 1 a seguir.

QUADRO 1: Profissionais entrevistados divididos por grupos

GRUPOS DE ENTREVISTADOS	MEMBROS DO GRUPO
Vereadores	Vereadores e ex-vereadores com mandatos a partir de 2005
Profissionais da Saúde	Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, ACSs, dentistas e técnicos de saúde bucal
Encarregado	Coordenador da UBS ou enfermeiro/médico da família, responsável pela unidade
Servidores	Corpo técnico administrativo
Usuários	Cidadãos usuários do serviço público de saúde nas UBSs ou UBSFs

FONTE: Elaboração própria

Os grupos são divididos entre: vereadores, profissionais da saúde, encarregados, servidores e usuários. Cada grupo possui um questionário específico, com perguntas elaboradas de acordo com a função de cada um. Alguns dos questionários apresentam bastante similaridade por terem sofrido apenas pequenas adequações. Entretanto, apesar de distintos, todos eles possuem o mesmo objetivo: desvendar como cada categoria enxerga a forma como as políticas de saúde são implementadas no município e, de que maneira percebem (e se percebem) as práticas consideradas clientelistas presentes no cotidiano de funcionamento das UBSs.

Devido ao período que passei no exterior, as primeiras entrevistas foram realizadas via *online*, por meio da plataforma de reuniões *Google Meet*. Para isso, foi necessário começar pelos vereadores em razão de serem os únicos com a identidade já conhecida. Nos outros três grupos, as pessoas por detrás dos cargos apenas seriam “conhecidas”, a partir das visitas nas UBSs, que não era uma possibilidade naquele momento.

O grupo dos vereadores, que inclui também ex-vereadores, desde que seu mandato tenha sido da legislatura de 2005-2008 em diante. Optou-se por mandatos a partir do ano de 2005, em razão da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em março de 2006. Apesar de ex-vereadores estarem aptos a serem entrevistados, iniciamos pela última gestão (2021-2024) de modo que o contato seja facilitado através da Câmara de Vereadores. Após realizar contato com os 25 atuais vereadores, são contactados aqueles das gestões passadas e assim por diante.

Os contatos foram realizados por meio de *emails* e via redes sociais, mas não obtive muito sucesso em relação as respostas. É válido informar que esse primeiro contato foi feito no segundo semestre do ano de 2024, último ano de seus mandatos e ano de eleições municipais, o que pode ter comprometido o retorno dos contatos realizados. Sendo assim, segui um caminho alternativo. Como reforça o autor Gilberto Velho (1994), a pesquisa qualitativa, baseada em interações informais, pode revelar aspectos profundos de culturas e relações sociais. Ele argumenta que a informalidade, ao proporcionar um espaço de proximidade e interação, permite a captura de dados mais ricos e próximos da realidade social dos sujeitos. E novamente, por manter relações pessoais com pessoas inseridas na política do município, consegui por esse meio marcar a primeira entrevista, que foi realizada de forma *online.*

Após meu retorno ao município de Campos, compareci a Câmara de Vereadores para uma nova tentativa de contato. Como não havia realizado nenhum tipo de agendamento prévio, minha entrada só foi autorizada mediante a presença de uma funcionária interna que eu já conhecia. Ela me acompanhou por 18 gabinetes, me apresentando as secretárias de cada um deles, e em alguns casos também aos assessores dos vereadores. Em nenhum deles foi possível falar diretamente com o vereador.

Ao expor meu interesse em entrevistá-los, mesmo deixando claro que era para fins acadêmicos e que não seria mencionado o nome de nenhum deles na pesquisa realizada, a resposta mais frequente que recebi foi um pedido para que eu enviasse as perguntas previamente. Em alguns casos, ainda foi sugerido o envio das respectivas respostas por escrito. Relatei a inviabilidade das respostas por escrito e meu desejo de realizar as entrevistas pessoalmente. A partir disso, algumas secretárias me passaram seus contatos telefônicos e pegaram o meu, para posteriormente entrar em contato e marcar. As principais justificativas de não

marcarem naquele momento eram a de que a agenda estava cheia e não estavam realizando novas marcações no momento; e que o ator político em questão estava viajando e não havia certezas quanto às datas. Nenhuma das secretárias que agendaram meu contato realizou nenhum tipo de comunicação até o final do desenvolvimento deste trabalho.

Para conseguir novas entrevistas foi necessário pedir ao único vereador já entrevistado que entrasse em contato com outros vereadores solicitando que me atendessem. Feito isso, realizei mais três entrevistas, todas elas com vereadores do mesmo grupo político.

Em vista da dificuldade no contato com os legisladores, seguimos para as entrevistas com o próximo grupo de entrevistados. Apesar disso, o interesse e as tentativas de agendamentos foram mantidos, sendo realizados simultaneamente.

O segundo grupo é o de profissionais da saúde, formado por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e dentistas que atuam nas UBSs, como pôde ser observado anteriormente no quadro 1. Para esse grupo, optei por realizar uma entrevista-teste, de modo que pudesse estimar o tempo médio de duração do roteiro de entrevistas e testar as perguntas. Esse momento me pareceu necessário em vista do tempo limitado em que os profissionais da saúde se encontram disponíveis para concederem as entrevistas em seu ambiente de trabalho, sem que isso prejudique suas demais funções.

O teste foi realizado com profissional da enfermagem que atuou em unidades básicas durante um longo período, mas que, atualmente, trabalha em outro local. O tempo de duração da entrevista com este profissional foi de 24 minutos. Nenhuma pergunta foi adicionada, mas 3 foram eliminadas do roteiro definitivo.

A oportunidade de realizar o teste gerou um ganho importante na captação de entrevistados e, posteriormente, na entrada nas unidades. O profissional entrevistado no teste se mostrou interessado na pesquisa e quis colaborar indicando colegas profissionais para que eu pudesse entrar em contato e solicitar a entrevista. Esse grupo em específico, diferente do primeiro, apresentou uma espécie de acesso facilitado, se mostrando bastante receptivo quanto as entrevistas, especialmente os técnicos de enfermagem e ACSs. Por outro lado, a principal preocupação dos médicos, de modo geral, era em relação ao tempo, mas nada que impactasse no desenvolvimento das entrevistas.

A contribuição dos profissionais da saúde na concessão de entrevistas, além de abrir caminho para novas entrevistas, deu luz ao uso da metodologia de amostragem “bola de neve”, ainda que de modo preliminar, na fase de teste dos questionários. Esse tipo de amostragem é uma forma não probabilística, que utiliza cadeia de referências. Apesar de não determinar a probabilidade de seleção de cada participante, é um método útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados (VINUTO, 2014).

Segundo a autora, a execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial, lança-se mão de informantes-chaves, chamados de *sementes*, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população em geral. Desse modo, as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente. Com isso, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador, até o quadro de amostragem tornar-se saturado, sem novos nomes oferecidos.

Dito isso, como já apontado, o primeiro profissional entrevistado foi quem manifestou o interesse em indicar novos profissionais, abrindo caminho para a utilização desse método de amostragem. Percebi que seria uma forma de realizar contato com os profissionais antes mesmo de visitar as UBSs, gerando a possibilidade do surgimento de redes importantes, que poderiam colaborar com minha entrada nas unidades. O fato de, anteriormente, ter conseguido uma entrevista após o pedido de um vereador feito diretamente a outro, me fez acreditar que seria uma forma interessante de adentrar a unidade, já tendo contato com outro profissional da saúde alocado naquele local e assim foi feito.

As entrevistas foram iniciadas, primeiramente, fora do ambiente das unidades. Entrevistei os profissionais indicados por outros profissionais em diversos contextos: por meio de chamada de vídeo; em alguns casos encontrando-os em outros locais de trabalho que não fossem a UBS; e na própria unidade em que atuam, geralmente em locais mais reservados como em alguma sala de atendimento que estivesse vazia naquele momento, cozinha/refeitório e até mesmo do lado de fora da unidade.

Neste sentido, é importante destacar que, além dos profissionais atuantes nas seis unidades selecionadas, também foram entrevistados alguns outros profissionais que atuam em unidades que não estão entre as seis selecionadas.

Durante as entrevistas, eles indicavam, de forma livre e espontânea, outros profissionais colegas de profissão, os quais acreditavam que também apresentariam interesse em conceder a entrevista, alguns da mesma unidade e outros não. Em casos em que não foi feito nenhum tipo de indicação, tomava a liberdade de perguntar se aquele entrevistado poderia me indicar/apresentar a algum um outro profissional daquela unidade para que eu pudesse convidá-lo a participar da entrevista e assim foi sendo feito na maior parte das vezes. Em alguns casos em que os profissionais estavam muito ocupados exercendo suas obrigações, combinamos data e horário mais adequados para cada um, e então eu voltada no dia combinado e realizava a entrevista. Cada unidade tem dias e horários específicos em que costumam ter menor presença de usuários, muitas vezes a unidade fica vazia.

Entrevistar profissionais de unidades diferentes da amostragem enriqueceu a coleta de dados. Foi possível, visitando uma unidade específica apenas para uma entrevista previamente agendada com o profissional, descobrir características únicas daquele local, práticas que somente são realizadas ali. Como, por exemplo, a distribuição de medicamentos, de forma gratuita, por assessores de um determinado vereador, sem nenhuma necessidade de apresentar e/ou reter receitas médicas, tampouco realizar algum tipo de cadastro prévio. Essa prática se dá fora do ambiente da UBS, porém é de conhecimento dos usuários locais.

Após a realização das entrevistas pela amostragem bola de neve iniciou-se um novo ciclo de entrevistas, desta vez diretamente na unidade de saúde. Nessa nova rodada fui até a unidade, me apresentei como estudante de pós-graduação da UENF e expliquei brevemente que o objetivo das entrevistas era para o desenvolvimento de minha tese de doutorado. Também deixei claro que não divulgaria o nome de nenhum dos entrevistados e nem as unidades visitadas. Em todas as visitas realizadas o objetivo era entrevistar o maior número de profissionais possível, entretanto, era considerado o quadro de entrevistas já realizadas por profissionais de cada um dos 5 grupos com intuito de estratificar a amostragem, diversificando-a enquanto aos cargos dos entrevistados. Dessa forma, foi avaliado previamente a quantidade de profissionais já entrevistados daquele grupo por cargo, e no momento de captação de profissionais, priorizou-se os cargos que apresentavam menor número de entrevistas

já realizadas. Por exemplo, antes de visitar cada UBS, verificava o quadro de profissionais já entrevistados por cargo e a prioridade das entrevistas era dada àqueles que apresentavam menor número no quadro. A versão completa é mostrada a seguir no quadro 2.

QUADRO 2: Número de profissionais entrevistados por cargo

GRUPOS DE ENTREVISTADOS	MEMBROS DO GRUPO POR CARGO	Nº DE PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS	%
Vereadores	Vereadores	4	10,0
	Ex-vereadores	2	5,0
Profissionais da Saúde	Médicos	5	12,5
	Enfermeiros	6	15,0
	Técnicos de enfermagem	11	27,5
Encarregado	Gerente da UBS (encarregado)	8	20,0
Servidores	Corpo técnico administrativo	4	10,0
Total		**40**	**100,0**

FONTE: Elaboração própria.

É importante ressaltar que, apesar de buscarmos uma amostragem diversificada e equilibrada em relação aos cargos dos entrevistados, alguns deles são realmente encontrados com menor frequência, como é o caso do dentista e técnico em saúde bucal que estão presentes apenas em determinadas unidades com estratégia saúde da família (ESF).

O grupo seguinte é o de encarregados. O termo *encarregado* é comumente utilizado no município de Campos para fazer referência à figura do gerente da unidade de saúde, sendo que este espaço não é necessariamente ocupado por um profissional concursado. Esse cargo apresenta grande relevância para esta pesquisa, tendo em vista ser uma função de ordenamento do cotidiano na unidade de saúde. Parte dos encarregados são pessoas da comunidade onde a UBS está inserida, admitidos por meio de indicações políticas feitas por um vereador. O encarregado é figura chave para o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que ele é o elo entre a população, os profissionais e atores políticos, apresentando contato com cada um deles. Neste sentido, podemos considerar que o cargo de encarregado, muitas vezes funciona como uma porta de entrada do vereador na unidade de saúde. O papel do encarregado, na prática, será apresentado de forma detalhada no capítulo quatro.

Entende-se por Gerente, segundo a PNAB 2017 (Portaria nº 2.436/2017), um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. É importante que o gerente não seja integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica.

Esse profissional desempenha um papel fundamental na gestão e organização do atendimento à população, sendo ele o responsável por garantir o bom funcionamento da unidade, coordenar as equipes de saúde e assegurar que os serviços sejam prestados de maneira eficiente e conforme as diretrizes do SUS. Apesar da função exigir habilidades de gestão, liderança e conhecimento técnico, não existe uma legislação específica que exija um tipo de formação para o coordenador de uma UBS ou UBSF. Cada UBS apresenta apenas 1 encarregado, que é o profissional responsável pela unidade.

O próximo grupo é formado apenas pelo encarregado. Por se tratar de um cargo que, em sua maioria, no município de Campos, se dá principalmente por indicação política (no caso, pelos vereadores), a figura do encarregado é fundamental para a compreensão das práticas realizadas nas UBSs e de como se dá, efetivamente, a participação dos vereadores em relação aos serviços oferecidos nas unidades. Foi o profissional mais difícil de ser entrevistado. Além de acumular uma carga significativa de trabalho administrativo e operacional, é constantemente solicitado por outros profissionais da equipe e pelos usuários do serviço, o que limita sua disponibilidade. Soma-se a isso a percepção de que, devido a sua posição estratégica na gestão da unidade, há receio em fornecer respostas que possam ser interpretadas como comprometedoras, especialmente em temas relacionados a conflitos internos ou críticas a gestão municipal. Em contrapartida, os profissionais da saúde foram os que se apresentaram mais interessados em compartilharem informações e suas próprias opiniões sobre a gestão da unidade local e a política municipal, principalmente aqueles que se inseriram na unidade via concurso público.

Em sequência está o grupo dos servidores. Este grupo é formado pelos demais membros da equipe de trabalho da unidade que não são profissionais da saúde e nem encarregado. Estão presentes funcionários do setor administrativo, auxiliares e serviços em geral. E, apesar da nomenclatura, a forma de ingresso no serviço público

dos profissionais alocados neste grupo não é considerada, comportando tanto os concursados quanto os contratados.

O número de entrevistados desse grupo é inferior em relação aos demais, sendo selecionados principalmente aqueles responsáveis pelo agendamento dos atendimentos na unidade (em alguns casos, essa atribuição fica sob a responsabilidade do encarregado) e outros que, durante a realização da observação qualitativa, foram percebidos algum tipo de envolvimento quanto a realização de agendamentos; e alto nível de conhecimento/percepção das práticas executadas no ambiente, devido ao tempo dedicado a execução de sua função ou certa afinidade com questões políticas.

O quinto e último grupo, apesar de não representar menor importância, é o dos usuários. Neste grupo estão incluídos os cidadãos que utilizam o serviço público de saúde por meio das UBSs. É nessa categoria que estão inseridos as possíveis *partes* de relações de trocas com os atores políticos. Ou seja, os sujeitos que apresentam suas demandas particulares para os vereadores direta ou indiretamente por intermédio do encarregado e, a depender de inúmeros fatores, podem ter seus pedidos atendidos.

Essa categoria de entrevistados é de longe a mais desafiadora. Considerando o universo imensurável de usuários no município, identificar e selecionar aqueles que recebem ou já receberam algum tipo de benefício (relacionado à saúde) por parte de algum vereador, por intermédio do encarregado e/ou diretamente, para entrevistar. O acesso a esses usuários se deu informalmente, por indicação, com o mesmo método anterior da bola de neve. Desse modo, os usuários presentes na unidade durante os momentos de observação são convidados a realizarem a entrevista, de acordo com a disponibilidade apresentada por eles. Além disso, no caso de algum deles não se dispor a ser entrevistado, mas apresentar interesse em contribuir através de conversas informais, as informações extraídas desses relatos também são consideradas como dados para a pesquisa.

Em relação as entrevistas realizadas, algumas delas foram gravadas em áudio com o consentimento do entrevistado. Embora a maior parte tenha sido registrada unicamente de maneira escrita pelo próprio entrevistador. Assim, tendo apresentado alguns dos caminhos de construção dessa pesquisa, passamos a uma breve apresentação da temática do “clientelismo” e principalmente, da forma como essa temática será inserida e abordada neste trabalho.

1.2 Sobre as faces e expressões do “clientelismo”: a nomenclatura e a sua apropriação para entender o objeto

Logo de início, antes de estabelecer a discussão sobre o clientelismo entre seus conceitos e implicações, acredito ser importante explicar duas questões: a primeira delas diz respeito ao alcance desse estudo que está, essencialmente, restrito ao caso brasileiro e em subunidade de governo, o município. Entretanto, a referência ao clientelismo como mecanismo de poder comum à organização política brasileira não significa que ele simboliza a totalidade desta organização. E nem que configure uma prática política típica e exclusivamente brasileira. A prática clientelista também foi observada em outras sociedades (AVELINO FILHO, 1994), mas esse trabalho dará luz exclusivamente ao clientelismo no Brasil e suas especificidades.

A segunda questão é relativa à abordagem do clientelismo. Trataremos aqui do clientelismo eleitoral, que é aquele em que o controlador do fluxo de benefícios depende diretamente dos resultados das eleições e o cliente (eleitor) tenha ao menos alguma capacidade de escolha, mesmo que seja entre diferentes patronos. Nesse tipo de clientelismo é a vitória eleitoral que permite o acesso ao poder e, de certo modo, a reprodução da classe política (AVELINO FILHO, 1994).

Entretanto, ao perceber que boa parte da literatura trata clientelismo e compra de votos como sinônimos, Nichter (2018) passou a distingui-lo entre clientelismo eleitoral e relacional. Nesse sentido, o clientelismo eleitoral se caracteriza por trocas mais episódicas, concentradas no período de campanha, quando os eleitores recebem os benefícios antes de votar, enquanto o clientelismo relacional possui relações de troca contínuas que extrapolam as campanhas eleitorais. Portanto, a diferenciação entre esses tipos de clientelismo se dá pelo período e temporalidade em que ocorrem as trocas.

A decisão de utilizar essa abordagem que abrange dois “tipos” de clientelismo se justifica unicamente para delimitar melhor o alcance da pesquisa, de modo que fique claro que as relações aqui analisadas independem do período e/ou da duração em que ocorrem, ou seja, consideramos tanto as relações de troca ocorridas em período eleitoral, quanto as relações mais prolongadas e que se estendem ao longo dos anos e das legislaturas, sem dar atenção ao período em que ocorrem. Afinal, o objetivo da pesquisa não é as relações clientelistas em si, mas a atuação do ator político na unidade de saúde e que, ao serem analisadas, podem conter traços

clientelistas. O que queremos compreender é de que maneira ele utiliza seu poder, enquanto parlamentar, através dos equipamentos de saúde pública e como se dá essa relação com os gerentes das unidades e com os usuários.

Graham (1997), ao analisar as relações entre público e privado no Brasil no século XIX, sugeriu a existência de uma aliança entre a elite central e os chefes locais. A troca de empregos por votos estabelecia uma cadeia de relações de dependência que fortaleciam os vínculos público e privado em fluxo contínuo. Para o autor, o clientelismo foi o responsável por constituir a rede de ligação da política no Brasil, sustentando todo ato político. A vitória eleitoral dependia do uso competente dessa forma de relação, perpassando a concessão de proteção, cargos oficiais e outros favores, em troca da lealdade política e pessoal. Desse modo, as elites "gastavam a maior parte de sua energia na formação de redes de clientelismo, ampliando seu séquito ou encontrando um protetor poderoso para suas fortunas políticas" (GRAHAM, 1997, p.22). A constatação da extensão desse sistema de “apadrinhamento – eleições – apadrinhamento” levou o autor a afirmar que o clientelismo *gerou* o Brasil.

Boschi (1999) reforça o aspecto moderno do clientelismo e acredita que o fenômeno está presente em contextos modernos regidos por instituições democráticas. A prática clientelista moderna substitui os antigos laços de lealdade pela oferta de benefícios materiais, de forma a evitar e dirimir conflitos. E o poder do patrono moderno, depende de sua habilidade de intermediar sua clientela e os recursos públicos. Esse fenômeno se fortalece, principalmente, a partir de necessidades sociais normalmente excepcionais e urgentes. É o momento da necessidade, portanto, que "afirma e confirma o acordo da dádiva e do favor" (SEIBEL, 1997, p.11).

Existem duas principais linhas de interpretação das relações de clientelismo. Uma delas o considera resquícios de relações *tradicionais,* que estão cada vez mais se extinguindo devido ao aumento das relações impessoais e racionais, que podem ser representadas pelo mercado e pela institucionalização das relações políticas. Enquanto a outra linha considera as relações de clientelismo como um complemento utilizado para preencher as lacunas e as falhas geradas pelo funcionamento “inadequado” das instituições sociais. Em ambas as interpretações, as relações de clientelismo são desconsideradas num contexto *ideal,* de pleno funcionamento das instituições (BEZERRA, 1999). No caso deste trabalho, o

clientelismo é utilizado como uma expressão distinta, fazendo referência a uma troca constante de favores, por meio do burocrata do nível de rua indicado ao cargo pelo vereador.

O autor em sua análise, destaca que ambas as interpretações atribuem às relações de clientelismo um lugar secundário nas análises:

> As relações e práticas que têm sido descritas sob a rubrica de clientelismo - os vínculos fundados na troca de favores, serviços e apoio, as exigências de lealdade e os compromissos políticos, por exemplo - não são tratadas como fenômenos que detêm um estatuto sociológico próprio. Não são consideradas propriamente como ordenadoras das relações políticas. O aspecto secundário atribuído a essas relações parece decorrer, entre outros aspectos, do pressuposto, que não parece se sustentar, de que a política, sobretudo a política oficial (estatal), se faz, exclusiva ou predominantemente, através de canais e instituições oficiais do sistema político (partidos, eleições, Congresso) que, ademais, se supõe que funcione segundo um modelo (ideal). Assim, ao se atribuir, por exemplo, um caráter funcional a essas relações, como a de suprir falhas, minimiza-se o que me parece ser um de seus aspectos sociológicos importantes, ou seja, o seu caráter estruturante de relações sociais (BEZERRA, 1999, p.16).

Nesta perspectiva, também iremos considerar o clientelismo em sua autonomia e racionalidade, pensando nas trocas de serviços, favores, votos e lealdade entre parceiros, como relações que foram e fazem parte do universo político e não como um complemento. Em outras palavras, temos a troca de benefícios por apoio (ou votos) como parte de uma relação que é muito mais ampla do que apenas essa barganha. Consideramos a dimensão sociológica, que normalmente não é levada em conta, e que engloba aspectos como: as obrigações morais, os vínculos criados entre os atores envolvidos e a lealdade, como parte (importante) das relações descritas em termos de clientelismo.

1.3 Sobre os dados utilizados e o trabalho de campo

Nesse momento apresento informações que considero relevantes, de modo a contextualizar o material e os dados analisados nesse trabalho e a pesquisa de campo realizada, a fim de promover uma reflexão no que tange às condições sociais da produção dos dados analisados, os limites e o alcance do trabalho.

O desafio inicial está relacionado ao tema central deste trabalho, afinal as práticas políticas relativas ao clientelismo não é um fenômeno com fácil acesso a informações. Pelo contrário, a maior parte das pessoas que, de alguma forma estão inseridas nesse contexto, apresentam um grande receio em discutir sobre o assunto, tampouco expõem suas opiniões acerca desse tema.

Ouvi com certa frequência, por parte de colegas pesquisadores, indagações a respeito de como eu conseguiria certos tipos de informações, e afirmações de que ninguém iria querer falar sobre o assunto eram constantes e me acompanharam durante os primeiros anos de doutoramento. Entretanto, não foi suficiente para me causar algum tipo de desânimo e nem mesmo me fazer pensar em trocar de tema. Afinal, eu já havia pensado nesses entraves antes de decidir trabalhar com essa temática e as dificuldades durante o processo de levantamento de dados e informações já eram previstas de serem encontradas.

Durante o último ano de doutoramento participei do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), que me possibilitou passar um período na Espanha, na cidade de Salamanca. Fui recebida pela Professora Doutora María Mercedez García, professora titular da Universidad de Salamanca e membro do Instituto de Iberoamerica, que foi onde permaneci ao longo de 10 meses. Sua linha de investigação é principalmente voltada para o Poder Legislativo na América Latina, Processos Políticos e Administração Pública. Tive a oportunidade de cursar algumas disciplinas (como *estudiante extranjero*, o equivalente a ouvinte no Brasil) entre elas de Atuação Legislativa. A supervisão da professora Mercedes, que possui ampla experiência em pesquisas qualitativas, colaborou no desenvolvimento da metodologia qualitativa e na elaboração dos questionários. Entretanto, ela não hesitou em demonstrar sua preocupação quanto a divulgação de informações referentes as práticas políticas. Em sua opinião trata-se de clientelismo, que é um assunto que exige cautela e, apesar de muitas pessoas saberem como funciona, são “coisas que não são faladas”. Em vista disso, reforço a importância de ter optado pelo sigilo das UBSs visitadas, assim como o anonimato dos entrevistados.

Dito isso, já estava claro que conduzir a discussão em torno da temática do clientelismo não era o melhor caminho. Além disso, essa também não é a preocupação central deste trabalho. O que se pretende com essa pesquisa é compreender o papel do vereador no gerenciamento das UBSs, assim como as práticas que realizam e as relações que mantém com outros profissionais da unidade

e com os usuários. E para desvendar informações fundamentais como quais são essas práticas e como elas acontecem, a abordagem ideal é tratá-las com normalidade, entendendo que são comuns e estão presentes no dia a dia dessas pessoas.

Encarar a realidade dos fatos, se libertando de quaisquer tipos de julgamentos ou juízos de valor, e voltar os esforços para tentar adentrar o ambiente e o contexto em que os atores estão inseridos são a forma mais conveniente se de inserir no campo e conseguir extrair informações relevantes para as análises posteriores, e que podem ser fornecidas naturalmente através das entrevistas ou até mesmo por meio de conversas informais. A coleta de dados a partir de interações informais no campo onde o pesquisador está inserido, é visto como uma coleta de dados naturais que permite ao pesquisador acessar perspectivas dos participantes (nesse caso, os entrevistados) de maneira não estruturada (SPRADLEY, 1980), podendo obter informações importantes que não seriam compartilhadas em contexto de uma entrevista formal, estruturada.

Foi necessário certa cautela nos momentos de apresentar, ainda que superficialmente, minha pesquisa aos entrevistados, explicar sobre o que se trata e o objetivo das entrevistas. Essa tarefa exigiu um cuidado minucioso na escolha das palavras e termos utilizados, para que, em nenhuma hipótese, o indivíduo em questão se sentisse desconfortável ou até mesmo julgado em determinados aspectos. Deste modo, optei por orientar o foco das investigações e, consequentemente, o eixo das entrevistas, dando maior destaque para a análise do papel do vereador na saúde pública do município, do que para as relações e práticas políticas dos vereadores. Desse modo, em vez de dar ênfase para os aspectos mais “polêmicos” da pesquisa, a atenção foi dirigida às atividades voltadas à saúde desenvolvidas pelos parlamentares e suas relações e vínculos com as bases eleitorais e a população em geral.

Ao examinar com atenção, trata-se exatamente do objetivo da pesquisa, porém reformulado, de maneira que não cause possível apreensão acerca do tema. Portanto, as práticas políticas permanecem inseridas no contexto ao longo das entrevistas, mas encaradas como habituais, parte do cotidiano.

Vale ressaltar que em nenhum momento precisei ocultar nenhum tipo de informação a respeito da pesquisa ou afins. O que eu fiz foi dirigir o foco do trabalho de modo que as entrevistas tomassem um rumo mais leve, configurando um ambiente

mais tranquilo e descontraído e, consequentemente, mais oportuno à obtenção de informações de meu interesse. Para isso, todas as práticas realizadas por atores políticos, ou mesmo pelos demais profissionais, foram encaradas de forma natural tentando deixar claro para o entrevistado que eu já estava ciente destes fatos e encarava-os como parte do dia a dia de todos eles, sem expressar nenhum tipo de surpresa ou espanto, mas pelo contrário, acolhendo a informação como algo rotineiro.

A elaboração dos questionários exigiu bastante cautela para a construção das perguntas, que foram pensadas a partir das informações almejadas e como elas poderiam surgir através de possíveis respostas, e na forma como cada item seria perguntado, sem que pareça algo de cunho investigativo e nem que seja feito de modo invasivo. Após formulados, os questionários foram testados para então serem lapidados, sofrendo pequenas alterações quanto a sua estrutura, como por exemplo na ordem de algumas perguntas, além da adição de algumas questões e remoção de outras.

Durante a fase de realização das entrevistas, que costuma ser a mais desafiadora para a maior parte dos pesquisadores, principalmente entre aqueles que pretendem entrevistar atores políticos ou algum outro tipo de autoridade, eu pude desfrutar de alguns benefícios que serão esclarecidos a seguir.

Um ponto importante que precisa ser explicado é a posição que ocupei no campo de pesquisa. Para além da minha experiência como pesquisadora, que atuou em campo por alguns meses em diferentes UBSs do município de Campos, e do meu histórico de utilização de alguns serviços públicos de saúde, que me coloca no lugar de usuária, eu também utilizei de alguns “artifícios” que contribuíram facilitando minha entrada no campo.

Para essa entrada, de fato, no campo, não foi necessário previamente nenhum ofício ou carta de apresentação, tampouco um telefonema de caráter institucional. O que prevaleceu foram as redes pessoais. Na minha primeira ida à Câmara de Vereadores, por exemplo, ao me apresentar na recepção, logo fui questionada sobre o motivo da minha visita e se eu havia agendado um horário em algum dos gabinetes. Apesar da secretária de um dos vereadores ter ciência da minha visita e já ter se disposto, anteriormente, a me acompanhar e me apresentar nos demais gabinetes, isso me fez questionar quanto ao acesso da população de modo geral. Se existe algum caminho alternativo para agendamento de visitas aos gabinetes senão via direta com o próprio vereador ou seus assessores, já que o site oficial da Câmara de

Vereadores não apresenta nenhum tipo de lista com contatos dos gabinetes, nem mesmo *email*. Pelo contrário, a sessão destinada aos contatos se encontra fora do ar[13].

De todo modo, possuir contato direto com um dos parlamentares simplificou o processo de contato para entrevistas. Mesmo assim, nem todas as tentativas apresentaram saldo positivo quanto aos agendamentos. Entre inúmeras justificativas: indisponibilidade de agenda; viagens; compromissos oficiais; campanha eleitoral; foram argumentos comuns para adiar, ou até mesmo não realizar o agendamento naquele momento.

O vereador em questão fez uma espécie de intermédio que facilitou consideravelmente meu caminho aos demais vereadores. E o fato de mencionar já ter realizado a mesma entrevista com um outro vereador, inegavelmente, também contribuiu para o aceite de novas entrevistas.

Admito que, ainda que o percurso da fase de entrevistas seja desafiador, conhecer sujeitos inseridos na política foi fundamental para realizar o primeiro contato com os parlamentares, me apresentar como pesquisadora e, a partir daí, solicitar que fossem concedidas as entrevistas. E em alguns casos em que os parlamentares tiveram ciência, por meio de outro vereador, do trabalho que eu estava realizando, foram um pouco mais fáceis em relação ao aceite e o agendamento da entrevista. Acredito que isso se deu devido a comunicação e pedido feito anteriormente, por outro parlamentar.

O dia a dia na Câmara de Vereadores contém uma infinidade de acontecimentos que se transformam em dados para o desenvolvimento deste trabalho. Entretanto, são informações as quais não mencionarei os nomes dos envolvidos, assim como nas entrevistas, que optei por não divulgar os nomes dos vereadores, e nem de nenhum outro profissional. Acredito que dessa forma, sem a exposição de sua identidade, além de passar maior confiança para o aceite, por parte do entrevistado, também permite que o mesmo se sinta mais confortável durante nossa conversa e um pouco mais seguro para expor fatos, dados, acontecimentos ou outros tipos de informações. É importante informar que as entrevistas aos parlamentares, assim como qualquer outro tipo de contato para esta finalidade, foram

[13] A primeira tentativa de acesso foi em janeiro de 2024. Desde então, essa aba do site segue fora do ar em novembro de 2024. O link para o acesso é: <https://www.camaracampos.rj.gov.br/novo/index.php/blog/vereadores>

realizadas ao longo do ano de 2024, ano de eleições municipais para membros do Executivo e Legislativo.

Esse mesmo artifício anteriormente esclarecido, também possibilitou o acesso a algumas das informações trazidas no desenrolar desta tese e que eu provavelmente, não conseguiria pelos meios formais e burocráticos. Antes de acionar outros meios para obtenção de certas informações, eu tentei os caminhos formais, solicitando os dados necessários diretamente aos órgãos municipais competentes, mas não tive sucesso.

O município em questão apresenta dificuldade quanto ao acesso a informações que deveriam ser públicas, um exemplo são os dados primários da atenção básica. As informações oficiais disponibilizadas *online* pela prefeitura municipal estão em sua grande maioria desatualizadas. Um exemplo disso é o plano municipal de saúde que, apesar de ter sido aprovado em junho de 2022, apenas foi divulgado no site oficial da prefeitura no ano de 2024. Anteriormente a essa divulgação, estava disponível *online* apenas o plano municipal de saúde de vigência 2018-2021, que teve sua validade expirada no ano de 2021.

Ao entrar em contato com a Secretaria Municipal de Saúde, em busca de dados como: quantidade de UBSs em funcionamento pleno; número de profissionais por unidade; e a média de usuários atendidos por unidade, por duas vezes não obtive resposta. Entretanto, por considerar informações de grande relevância para a construção da análise, precisei utilizar outras vias para consegui-las. Fiz contato com um profissional que atua na Atenção Básica, por intermédio de uma amiga pessoal que também atua na área da saúde. Fui apresentada e trocamos contatos, e após agendar uma visita até o setor da Atenção Básica, consegui os dados que buscava que foram fornecidos impressos.

Após me apresentar brevemente como pesquisadora da UENF e comunicar a elaboração de minha tese de doutorado, solicitei exatamente as mesmas informações diretamente ao profissional. Dessa forma, consegui não apenas a lista atualizada com as unidades em funcionamento, mas também a relação dos médicos, enfermeiros e encarregados da unidade.

Mais tarde, tentei o contato via *email* com a subsecretaria de Atenção Primária. Dessa vez obtive um retorno, em novembro de 2024, mas como resposta me informaram que as UBSFs estão passando por nova territorialização devido ao aumento expressivo de equipes em 2023, que passou de 27 equipes para 66 equipes

de ESF. Explicou também que o município apresenta dificuldade de territorialização por carência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por consequência de um concurso de 2008 judicializado, mas em fase de finalização, cumprindo determinação judicial. É esperado receber cerca de 186 ACS com a possibilidade de abertura de um novo processo seletivo para terminar de compor as equipes incompletas. Em relação aos dados a respeito das UBSs, foi informado apenas uma lista com as unidades em funcionamento, a mesma que já havia conseguido anteriormente.

A proximidade e o contato com sujeitos que dispõe de certo poder e/ou acesso a informações de meu interesse, permitiu que eu adentrasse lugares onde outros pesquisadores, isentos desse benefício, não conseguiriam, dada a dificuldade de acesso às informações que deveriam ser públicas. Essa maior inserção no ambiente político contribuiu fortemente para a elaboração deste trabalho. Conferiu-me a oportunidade de observar mais a fundo, e com meus próprios olhos, o atual cenário político ao qual estamos submetidos, o que me trouxe reflexões importantes sobre diversos aspectos da política, e como uma mesma ação pode ser interpretada de diferentes formas, a depender do lugar que se ocupa na sociedade.

Acompanhar algumas das atividades rotineiramente exercidas na Câmara de Vereadores, e tomar conhecimento de alguns (dos muitos) desafios internos do âmbito político é, inegavelmente, um privilégio que me possibilitou dissertar com maior consistência sobre as práticas políticas desempenhadas e a forma como a política é efetivamente exercida, na prática.

Outro ponto que reforça a importância de minhas relações no desenvolvimento deste trabalho é a questão da “distribuição” das unidades básicas de saúde. Tive conhecimento dessa prática quando estava em campo pela primeira vez em 2017, no período em que cursava o mestrado e estava elaborando minha pesquisa. Ao dialogar com profissionais que atuavam na UBS e alguns de seus usuários, ouvia-se expressões como “a UBS do *fulano*”, para se referir a uma determinada unidade como sendo de algum vereador. Tal expressão despertou-me muita curiosidade, já que se tratava de um estabelecimento público de saúde, e me comprometi a me inteirar a respeito.

Ao longo de diversas conversas informais e interessantes trocas com os indivíduos daquela unidade, fui compreendendo, aos poucos, como se dava esse fenômeno de “distribuição”. De maneira resumida, trata-se de vereadores que assumem um lugar de “dono” de uma UBS. São considerados “responsáveis” por

determinadas UBSs e, por sua vez, adquirem certo poder sob ela, como exemplo, indicar pessoas para cargos de encarregado ou gerente da unidade.

A possibilidade de indicar um profissional a um cargo traz consigo alguns benefícios, seja de maneira direta ou indireta. Ao pensarmos no papel dos burocratas do nível de rua, é sempre importante ter em conta seu contato direto com a população, devido sua atuação na ponta, e principalmente o elemento da discricionariedade, que carregam consigo no desempenho de suas atividades. Esse ator é visto por sua capacidade de mudar os rumos de uma política pública (LIPSKY, 1980), seja para o "bem" ou para o "mal".

Tendo isso em mente, voltamos o olhar para a construção de um "novo agente" (o vereador), que atua em paralelo ao burocrata do nível de rua, cuja posição política o coloca em condições formais de indicar ocupantes de cargos em equipamentos públicos. Esse lugar pode ser ocupado pelo vereador ao exercer a função de indicar quem opera. Ou seja, o vereador indica o profissional para a função de burocrata, com poder discricionário, e isso, ao fim e ao cabo, pode se configurar como um "cabo eleitoral", com atuação de longo prazo, operando a política na ponta, com a possibilidade de beneficiar o ator político através do seu eleitorado, por meio de serviços públicos.

Essa "posse" da unidade de saúde é concedida pelo prefeito e, a maneira como ele realiza essa divisão, quais os critérios para receber ou não uma UBS, é uma informação ainda desconhecida. Supõe-se que são trâmites conduzidos por acordos políticos. Apesar de não-formalizada, trata-se de uma prática antiga e, de certa forma, "comum" ao longo dos anos no município de Campos.

Identificar qual UBS "pertence" a qual vereador é uma tarefa complexa, e um tanto investigativa, que demanda tempo, recursos e ferramentas que ultrapassam meu papel de pesquisadora. Além disso, disseminar esse tipo de informação não condiz com o interesse e nem com os objetivos deste trabalho. Meu intuito aqui, enquanto pesquisadora, é de buscar compreender como esses tipos de práticas se dão efetivamente e como (e se) podem influir no funcionamento de uma UBS e nos serviços por ela oferecidos. Ademais, não tenho interesse em fazer nenhum tipo de explanação, denúncias ou julgamentos, como já ressaltado.

1.4. A política no município de Campos dos Goytacazes, RJ

A pesquisa tem como *lócus* o município de Campos dos Goytacazes, localizado na região Norte do Estado do Rio de Janeiro. Trata-se do principal município da região e o maior do interior do estado. Possui cerca de 483.540 habitantes (IBGE, 2022) e uma área de mais de 4 mil km². Campos dispõe de 106 bairros distribuídos entre 14 distritos. É o maior município em extensão, do estado do Rio de Janeiro e esse território grande importa na condução das políticas públicas, como no caso da saúde.

Em relação a saúde, de acordo com o Plano Municipal de Saúde (2022-2025), atualmente a Rede de Serviços do município conta com os estabelecimentos apresentados na tabela 2 a seguir, além de outros[14] como consultórios odontológicos etc. que não constam na tabela 2.

TABELA 2: Estabelecimentos de saúde da rede pública em 2024 de acordo com o Plano de Saúde Municipal

TIPO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	QUANTIDADE
Hospital Público Geral	2
Unidade Pré-Hospitalar	7
Unidades Básicas de Saúde[15]	14
Unidades Básicas de Saúde da Família	25
Posto de Urgência Psiquiátrica (24 horas)	1
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	4
Instituições Contratualizadas (Hospitais, Laboratórios e Centros de Imagens)	15

Fonte: Elaboração própria

Em termos de política, o contexto do município de Campos é um tanto conturbado e apresenta diversos episódios que levaram à perda dos mandatos. Além disso, possui um histórico repleto de cassações de mandatos, entre prefeitos e vereadores, ao longo dos anos. O quadro 3, a seguir, mostra alguns casos de grande

[14] Ver em: Plano Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes.
[15] Os valores apresentados na tabela 2 são referentes ao Plano Municipal de Saúde. Mais adiante apresentamos os valores atualizados

repercussão, de políticos do Poder Executivo e Legislativo, no município de Campos, que tiveram seus mandatos cassados. Os motivos variam desde captação ilícita de sufrágio (compra de votos); abuso de poder político, poder econômico e/ou de autoridade; e entre outros.

QUADRO 3: Políticos do Executivo e Legislativo do município de Campos com mandatos cassados

NOME	CARGO	ANO	MOTIVO
Arnaldo Vianna[16]	Prefeito	2004	Superfaturamento
Carlos Alberto Campista[17]	Prefeito	2005	Captação ilícita de votos; Abuso de poder econômico
Toninho Vianna	Vice-prefeito	2005	Captação ilícita de votos; Abuso de poder econômico
Alexandre Mocaiber[18]	Prefeito	2008	Abuso de poder político e de autoridade
Rosinha Garotinho[19]	Prefeita	2010	Abuso de poder econômico
Francisco Arthur De Souza (Dr. Chicão)	Vice-prefeito	2010	Abuso de poder econômico
Marcos Bacellar[20]	Vereador	2010	Captação e gastos ilícitos de recursos
Thiago Virgílio[21]	Vereador	2018	Captação ilícita de votos; Abuso de poder político e econômico
Maicon Cruz[22]	Vereador	2024	Fraude à cota de gênero
Marcos Elias	Vereador	2024	Fraude à cota de gênero
Marcione	Vereador	2024	Fraude à cota de gênero
Rogério Matoso	Vereador	2024	Fraude à cota de gênero
Bruno Vianna	Vereador	2024	Fraude à cota de gênero
Nildo Cardoso	Vereador	2024	Fraude à cota de gênero

FONTE: Elaboração própria

[16] Ver em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/390082/noticia.htm?sequence=1&isAllowed=y>
[17] Ver em: <http://www.folha1.com.br/_conteudo/2015/05/politica/660463-campista-dez-anos-da-cassacao.html>
[18] Ver em: <https://g1.globo.com/Noticias/Politica/0,,MUL1511991-5601,00-VEREADOR+DE+CAMPOS+DOS+GOYTACAZESRJ+E+CASSADO.html>
[19] Ver em: <https://oglobo.globo.com/politica/rosinha-garotinho-tem-mandato-de-prefeita-de-campos-cassado-2747071>
[20] Ver em: <https://g1.globo.com/Noticias/Politica/0,,MUL1511991-5601,00-VEREADOR+DE+CAMPOS+DOS+GOYTACAZESRJ+E+CASSADO.html>
[21] Ver em: <https://www.nfnoticias.com.br/noticia-9726/thiago-virgilio-tem-diploma-cassado-e-fica-inelegivel>
[22] Ver em: <https://www.folha1.com.br/politica/2024/03/1297542-ministra-do-tse-cassa-mandato-de-seis-vereadores-de-campos.html>

Alguns dos políticos mencionados acima foram reeleitos em eleições posteriores, como foi o caso da Rosinha Garotinho, reeleita para mais um mandato como chefe do Executivo municipal. O ex-prefeito Arnaldo Vianna, anos depois, foi eleito para o cargo de deputado federal do estado do Rio de Janeiro. Os vereadores Maicon Cruz, Rogério Matoso e Nildo Cardoso também conquistaram um novo mandato para os anos de 2025-2028

Dito isso, para esse trabalho foram selecionadas para análise as legislaturas a partir do ano de 2005, apesar de ser desenvolvido um maior aprofundamento na legislatura passada, entre os anos de 2021 a 2024, período em que o trabalho foi desenvolvido. A escolha de considerar as legislaturas a partir do ano de 2005 se deu devido a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em março de 2006. Dessa forma, é possível compreender todos os anos após a reformulação da saúde básica.

A legislatura de 2021 a 2024 é tida como a mais importante para essa pesquisa, que a fim de compreender o cenário atual, priorizou os vereadores com mandatos em vigor para a maior parte das entrevistas. Isso se deu porque, os vereadores em mandato vigente são possíveis de serem localizados na Câmara de Vereadores, e apesar de todas as burocracias necessárias, ainda existe um meio formal de contatá-los. Diferente dos ex-vereadores que, considerando as infinitas possibilidades, são mais difíceis de serem localizados por estarem ocupando novas funções, muitas vezes fora do meio político.

Neste sentido, foram considerados para a realização das entrevistas apenas os vereadores eleitos, que assumiram seu mandato e tomaram posse no ano de 2021, a fim de minimizar possíveis impactos nas análises e, em decorrência do pouco tempo de atuação no mandato dos demais. Daqueles vereadores que estavam como suplentes e assumiram o cargo durante o ano de 2024, estão habilitados a concederem entrevistas somente aqueles que já ocuparam o cargo de vereador em legislaturas anteriores, fazendo parte do grupo de “ex-vereadores”, e excluindo então, aqueles que estão em seu primeiro mandato.

Entrevistar os vereadores e/ou aqueles que já ocuparam o cargo é fundamental quando buscamos compreender seu papel na área da saúde e práticas como as indicações para cargos de gerência nas UBSs, uma vez que tais práticas podem revelar aspectos importantes sobre as dinâmicas políticas locais e as relações

de poder estabelecidas entre o Legislativo e o Executivo municipal. A análise dessas indicações permite compreender de que forma os vereadores exercem influência sobre a gestão pública, especialmente em setores estratégicos como o da saúde, e quais motivações políticas, eleitorais ou administrativas estão envolvidas nesse processo.

O capítulo 2, a seguir, apresenta um caráter mais normativo, reunindo marcos legais, portarias e diretrizes que estruturam a política de saúde no Brasil. O objetivo é contextualizar a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), desde seus fundamentos constitucionais até a consolidação da Atenção Básica como porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Tal contextualização é fundamental para compreender as especificidades de Campos dos Goytacazes, que, em determinados momentos, adotou caminhos distintos daqueles seguidos por grande parte dos demais municípios brasileiros.

CAPÍTULO II

“O ALVO E A CAPTURA”: NOÇÕES INICIAIS SOBRE A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E O *MODUS OPERANDI* LOCAL

2.1 O SUS e a implementação da diretriz organizativa descentralização

Nesse capítulo, busca-se apresentar uma síntese das concepções que fundamentam a política pública de saúde, com o objetivo de estabelecer uma relação direta entre essa temática e o eixo central da pesquisa. Pretende-se discutir como o caráter descentralizado de uma política pública (*policy*) pode ser reconfigurado pelos desdobramentos da dimensão política (*politics*), evidenciando as tensões e negociações que permeiam sua implementação. Além disso, examina-se como o desenho de uma política de caráter universal possibilita a formação de arranjos operacionais específicos em sua execução nos diferentes níveis do sistema, especialmente na ponta, onde as ações concretas se materializam. Dessa forma, o capítulo propõe problematizar sobre o processo de construção da política pública de saúde e sobre como sua operacionalização, para além de seu princípio constitucional de universalidade, envolve a articulação de múltiplos interesses e atores — políticos, institucionais e sociais — que influenciam sua condução e seus resultados.

Nessa primeira parte do capítulo exponho um arrazoado mais conceitual e normativo. A proposta não é discutir o que já fora fartamente debatido pela literatura (PAIM, 2006; VICTORA, 2011; GIOVANELLA, 2013; ARRETCHE, 2005). Mas, tão somente realçar a política pública de saúde, como um objeto de pesquisa multifacetado, de modo que se possa compreender o encadeamento dos temas que se busca discutir no texto. Assim, em termos conceituais, a saúde é um “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS,1946). Essa definição de saúde é uma das mais reconhecidas no campo da saúde pública e foi estabelecida em 1946, na Conferência Internacional sobre Saúde, na fundação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta abordagem considera que a saúde vai além da ausência de doenças, sendo

compreendida como um estado de equilíbrio e bem-estar em diversos aspectos da vida.

A saúde foi instituída como um direito de todos pela Constituição Federal de 1988, sendo de responsabilidade do Estado a sua gestão, bem como a organização e oferta de serviços de saúde. Esse entendimento é fruto de esforços dos movimentos sociais e da Reforma Sanitária brasileira que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/1990. O SUS estabelece como suas diretrizes: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização e o controle social (BRASIL, 1990). O sistema brasileiro se destaca por oferecer serviços gratuitos a mais de 190 milhões de pessoas, sendo 80% dependentes exclusivamente dos serviços públicos para qualquer atendimento de saúde (ESCOREL, 1999).

Para tanto, a Constituição Federal de 1988 foi um importante marco institucional no contexto federativo brasileiro, destacando-se pela definição de competências exclusivas e privativas, combinadas a competências comuns e concorrentes, repartidas de acordo com o princípio da predominância do interesse (LOTTA, 2010). Foram definidas pelo art. 23 da CF de 1988 competências comuns à União, aos estados, ao distrito federal e aos municípios, especialmente no que tange às principais políticas sociais nas áreas da saúde, educação, assistência social, habitação, cultura, saneamento, meio ambiente. A adoção de tais procedimentos se alinha aos propósitos estabelecidos pelo processo de descentralização que caracterizou boa parte das políticas sociais, intensificado ao longo da década de 1990, com objetivo de uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade, além de fiscalização e controle por parte da sociedade (ALMEIDA, 2000).

A Constituição foi também um marco importante no campo das políticas sociais, especialmente na saúde. Além de consagrar a saúde como um direito de toda a população e dever do Estado, também foram definidos os princípios e as diretrizes para orientação da saúde. Uma das principais diretrizes é a descentralização, que se consolidou “com direção única em cada esfera de governo, municipal, estadual e federal”, assim como o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” e a “participação da comunidade” (BRASIL, 1988).

O SUS, expressão institucional da política de saúde, redesenha a estrutura do Estado em uma lógica de federação descentralizada e com ênfase no papel dos

municípios (PREUSS, 2011). Trata-se, portanto, de um cenário que promove a redefinição das competências das esferas de governo na área social, cuja premissa da gestão tem por base a transferência de parte da responsabilidade referente às políticas sociais para outras esferas de governo.

Neste sentido, o processo de descentralização no Brasil se intensifica a partir do período de redemocratização, embora inserido em um cenário marcado por crise fiscal e financeira do Estado que se estendeu ao longo da década de 1980 e início da década seguinte. A descentralização, então, passa a configurar-se como uma das principais formas de organização administrativa do Estado, sobretudo, em relação às políticas públicas, como pode ser evidenciado nos rumos da descentralização da saúde, que foi se consolidando com transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais, bem como a organização de novas estruturas administrativas (ABRUCIO, 2006).

Esse arranjo, de acordo com Luz (2000), depende da consolidação da capacidade de cada ente federativo para desempenhar suas funções e interagir com as que já são executadas pelas demais esferas de governo, preservando o equilíbrio entre a autonomia e interdependência. Nesse contexto, a coordenação federativa, como destaca Arretche (2006), torna-se um elemento central para o funcionamento das políticas públicas, pois permite articular a autoridade da União com a autonomia de estados e municípios, garantindo que a implementação das políticas sociais, incluindo a saúde, seja coerente, eficiente e alinhada aos objetivos nacionais, sem desconsiderar as especificidades locais.

É neste contexto que o Sistema Único de Saúde (SUS) se consolida e se expande, destacando-se entre as políticas públicas implementadas no Brasil em razão dos avanços em seu processo de descentralização e em sua organização federativa. Trata-se de uma descentralização político-administrativa que abrange, para além das transferências da gestão de serviços públicos, a delegação do poder decisório, a responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS, os recursos financeiros e dos pactos firmados entre os gestores. Esses pactos definem metas comuns, que incluem objetivos estratégicos como a melhoria dos indicadores de saúde (redução da mortalidade infantil, ampliação da cobertura vacinal, aumento do acesso aos serviços etc.), a universalização do atendimento à população, a qualidade na prestação de serviços e a eficiência na gestão de recursos. Além disso, as metas buscam consolidar a articulação entre União, Estados e Municípios, promovendo

coesão e coordenação na implementação das políticas públicas. Assim, a experiência federativa do SUS tem sido reconhecida como bem-sucedida pelos analistas de gestão de políticas públicas (ABRUCIO, 2005; ARRETCHE, 2002).

A partir da descentralização, as responsabilidades e os benefícios relacionados às políticas de saúde foram distribuídos entre os três níveis de governo, com o objetivo de oferecer serviços mais eficientes e garantir maior fiscalização e controle por parte da sociedade. Entre essas responsabilidades estão a gestão do relacionamento com os prestadores de serviços, a administração da rede hospitalar e o planejamento e execução de ações de saúde no âmbito municipal. A eficiência na prestação de serviços pode ser observada, por exemplo, na ampliação do atendimento básico por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e na organização de campanhas de vacinação, enquanto o controle social se manifesta na atuação dos Conselhos Municipais de Saúde e na participação da população em audiências públicas para avaliar a gestão local (BRASIL, 2003). Assim, os municípios passam a ter um papel central na implementação e supervisão das políticas de saúde, seguindo os pactos de gestão firmados em cada localidade.

A importância dos municípios no atual desenho federativo mostra a força da descentralização no contexto da redemocratização no país, de forma que a nossa configuração federativa seja considerada um dos mais descentralizados do mundo em razão do alto grau de autonomia política desse ente (ABRÚCIO, 2005). E com a institucionalização do SUS, o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro passou a ter a municipalização como eixo condutor do processo de descentralização.

Essa ênfase na municipalização e na descentralização abriu caminho para a necessidade de diretrizes que orientassem a organização e o funcionamento do SUS em todos os níveis de governo. Nesse sentido, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) surgem como instrumentos fundamentais para regulamentar a gestão compartilhada entre União, Estados e Municípios, definindo responsabilidades, fluxos de recursos e mecanismos de coordenação que consolidam o modelo descentralizado do sistema de saúde.

2.2 As NOBs como mecanismos de regulamentação

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) surgem como mecanismos de regulação. São instrumentos normalizadores elaborados pelo poder executivo federal e editados na forma de portarias[23] ou resoluções ministeriais, criados na década de 1990 para regulamentar o processo de descentralização e organização do SUS em âmbitos administrativos, financeiros e operacionais. Elas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que os estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS (BRASIL, 2003).

As Normas Operacionais definem os critérios para que estados e municípios, voluntariamente, se habilitem a receber repasses de recursos financeiros do governo federal. Tal habilitação é condicionada ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes á gestão do sistema de saúde.

As principais NOBs foram publicadas entre 1991 e 1996. A NOB 01/1991 deu início a descentralização dos serviços de saúde para os estados. Foram estabelecidas algumas formas de transferências de recursos financeiros federais e os municípios foram divididos segundo sua capacidade administrativa.

A NOB 01/1993 estabeleceu os mecanismos de financiamento das ações de saúde, assistência hospitalar e ambulatorial e as diretrizes para os investimentos no setor. Diferente da NOB anterior, que o foco era voltado para os estados, a NOB de 1993 buscou ampliar a autonomia dos municípios. Formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1992, que teve como tema central “a municipalização é o caminho”, e deu início a um amplo processo de municipalização da gestão da saúde através da habilitação dos municípios em três novas condições de gestão criadas: incipiente, parcial e semiplena, de acordo com seu nível de gestão no SUS**.** Além disso, determinou que as transferências fossem realizadas regularmente e de forma automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os respectivos Fundos Municipais de Saúde (FMS), uma importante mudança na lógica de financiamento da política de saúde no Brasil (UGÁ, 2003). O quadro 4 mostra com detalhes as três novas condições de gestão criadas pela NOB 01/1993.

[23] Embora o instrumento que formaliza as Normas Operacionais seja uma portaria do Ministério da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma compartilhada entre o Ministério e os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

QUADRO 4: Condições de gestão do SUS a partir da NOB 01/1993

Condição de gestão	Descrição	Principais características	Transferências de recursos federais
Gestão Incipiente	Primeira e mais básica condição de gestão	Nessa condição de gestão, o município ainda não possui estrutura e/ou capacidade técnica e administrativa para assumir integralmente a gestão do SUS. Dessa forma, executa apenas ações básicas e programas específicos, sob a coordenação estadual	Os recursos são transferidos via convênios ou projetos
Gestão Parcial	Condição intermediária de gestão	O município apresenta capacidade parcial de gestão e assume parte das ações da Atenção Básica e vigilância. A responsabilidade sobre a média e alta complexidade fica por conta do estado	Recebe transferências regulares e automáticas (fundo a fundo)
Gestão Semiplena	Condição mais avançada de gestão	O município possui estrutura técnica e administrativa consolidada. Assume a gestão da maior parte das ações e serviços de saúde, incluindo a média complexidade. Possui autonomia para planejar, executar e avaliar as ações de saúde. A responsabilidade sobre a alta complexidade segue sendo do estado.	Recebe recursos regulares e automáticos

FONTE: Elaboração própria a partir das legislações: Portaria MS nº545 de 1993; NOB.SUS 01/1993; e Lei nº 8.142/1990.

Ainda por meio da NOB 01/1993 foram constituídas as Comissões Intergestores, como foros de negociação e deliberação. No âmbito estadual funciona a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), composta por representantes dos Secretários Municipais de Saúde e representantes das Secretarias Estaduais de Saúde; enquanto no âmbito nacional funciona a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta por gestores federais, estaduais e municipais do SUS. Para Arretche (2003), a CIB e a CIT passaram a exercer um papel de contrapeso à concentração de autoridade do poder central, devido ao seu poder deliberativo sobre os critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios, o que diminuiria os riscos de imposições unilateral pelo Ministério da Saúde.

Dando continuidade ao processo de descentralização, a NOB 01/1996 estabelece condições de gestão que explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem seu desempenho. A habilitação do município às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor

perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade (BRASIL, 1996).

A NOB 01/96 substituiu os critérios de habilitação e reduziu para dois níveis de gestão. Os municípios puderam habilitar-se em duas diferentes modalidades, sendo elas: a Gestão Plena da Atenção Básica; e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Os municípios que não aderissem ao processo de habilitação permaneciam, para efeito da NOB, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto fosse mantida a situação de não-habilitado. O quadro 5 apresenta as principais características das duas diferentes modalidades de gestão.

QUADRO 5: Modelos de Gestão da Saúde Pública propostos pela NOB 01/1996

Descrição	Gestão Plena da Atenção Básica	Gestão Plena do Sistema de Saúde Municipal
Modalidade de Gestão	Nessa modalidade de gestão, o município assume integralmente a responsabilidade pela organização, execução e gestão da Atenção Básica, por meio de financiamento federal e estadual correspondente.	Nessa modalidade de gestão, o município assume total responsabilidade pela gestão do sistema de saúde local.
Responsabilidade	Exclusiva sobre a Atenção Básica.	Atenção Básica (AB); Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC); Vigilância sanitária; e, opcionalmente, as ações do PDAVS.
Características principais	Recebimento do Piso da Atenção Básica (PAB), fixo (*per capita*) e variável (por meio de programas como ESF); Necessidade de manter atualizado o sistema de informação.	Modalidade mais ampla de gestão municipal; Recebimento do Piso da Atenção Básica (PAB); Recebimento do Teto da Média e Alta Complexidade (Teto MAC).
Requisitos para habilitação	Comprovação do funcionamento do CMS e FMS; Plano Municipal de Saúde aprovado; Estrutura mínima para oferta de serviços da AB; Capacidade técnico-administrativa e financeira.	Comprovação do funcionamento do CMS e FMS; Capacidade técnica e administrativa, de regulação assistencial, e vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de zoonoses; Comprovação de recursos próprios; Serviços de média e alta complexidade (próprios ou contratados).
Prerrogativas	Transferência dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB); Transferência dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças; Subordinação à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e	Transferência dos recursos correspondentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA); Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças (conforme definição da CIT); Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade, e pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município; Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de

	filantrópicas), estabelecidas no território municipal.	todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

FONTE: Elaboração própria a partir das legislações: Portaria MS nº 2.203 de 1996; NOB.SUS 01/1996; e Lei nº 8.142/1990 e Lei nº 8.080/1990.

A Gestão Plena da Atenção Básica, como mostrado no quadro acima, é a modalidade em que o município fica responsável integralmente pela organização, execução e gestão dos serviços da Atenção Básica a saúde, a partir do financiamento federal e estadual. A NOB 01/96 qualifica municípios para Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) a partir dos cumprimentos de requisitos como: a gestão de unidades básicas; o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; o Plano Municipal de Saúde aprovado; e Fundo Municipal de Saúde. Desse modo, os municípios habilitados para a GPAB passam a receber, para além dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB), transferências regulares e automáticas de recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

Enquanto a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) surgiu para atender municípios com maior porte populacional e/ou infraestrutura de saúde já instalada, permitindo então que assumissem uma gestão integrada e regionalmente articulada, fortalecendo a descentralização e a responsabilidade sanitária local plena. Nesta modalidade de gestão os municípios assumem a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde local em sua totalidade, ou seja, desde os serviços de Atenção Básica, até os de Média e Alta Complexidade, além da Vigilância Sanitária, Promoção e prevenção, Assistência farmacêutica e demais ramificações que compõem o SUS. Para se habilitar nessa modalidade, os municípios devem cumprir requisitos como: capacidade técnica e administrativa de regulação assistencial e vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de zoonoses; e comprovação da dotação de recursos próprios (BRASIL, 1996). Tais comprovações são realizadas por meio de documentos oficiais como relatórios de gestão e demonstrativos financeiros.

Para além das modalidades de gestão que surgiram por meio da NOB 01/96, desde seu surgimento em 1991, as normas operacionais trouxeram consigo alguns mecanismos de controle orçamentário: como a necessidade de aumento do gasto em saúde, que confronta as políticas restritivas e de contenção; e as formas de transferências de recursos do nível central, em que os repasses são vinculados ao

cumprimento de exigências e contrapartidas como condição para recebê-los. Como mecanismo de controle e fiscalização do uso dos recursos, os municípios devem apresentar Relatório Anual de Gestão para prestação de contas do uso dos recursos e dos resultados obtidos e registros de receitas e despesas no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) como comprovação do gasto mínimo em saúde. Desse modo, os repasses do governo federal, por meio do Ministério da Saúde, estavam condicionados à adesão dos estados e municípios aos critérios de habilitação definidos pelas NOBs do SUS, que tinham como propósito normatizar o processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro, podendo afetar a autonomia alocativa dos recursos pelos entes subnacionais (ARRETCHE, 2003).

Através da plataforma SIOPS temos acessos a dados referentes as receitas municipais destinadas a saúde, incluindo as transferências de recursos da União, estados e outros municípios; e as despesas dos municípios com a saúde. No caso do município de Campos dos Goytacazes, as informações estão disponíveis a partir do ano de 2004. A figura 1 a seguir apresenta uma tabela exatamente como consta na plataforma, como um exemplo de como os dados são exibidos.

FIGURA 1: Exemplo de como os dados são apresentados pela plataforma SIOPS, referente ao município de Campos no ano de 2004

Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal

UF: Rio de Janeiro **MUNICÍPIO:** Campos dos Goytacazes

RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA
DEMONSTRATIVO DA RECEITA DE IMPOSTOS E DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE
ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL
Exercício de 2004
Dados Homologados em

ADCT, art 77 - Anexo XVI - EC 29/2000

Receitas	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA (a)	RECEITAS REALIZADAS	
			Jan a Dez (b)	% (b/a)
REC DE IMPOSTOS E TRANSF CONST LEGAIS (I)	183.490.000,00	178.990.000,00	198.695.902,39	111,00
Impostos	23.160.000,00	23.160.000,00	36.064.713,47	155,71
Multas, Juros de Mora e Dívida Ativa dos Impostos	4.500.000,00	0,00	0,00	0,00
Receitas de Transferências Constitucionais e Legais	155.830.000,00	155.830.000,00	162.631.188,92	104,36
Da União	18.780.000,00	18.780.000,00	19.366.651,56	103,12
Do Estado	137.050.000,00	137.050.000,00	143.264.537,36	104,53
TRANSF. DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS (II)	18.351.056,00	22.430.386,32	17.607.386,96	78,49
Da União para o Município	17.861.056,00	21.928.386,32	17.223.434,80	78,54
Do Estado para o Município	0,00	0,00	0,00	0,00
Demais Municípios para o Município	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	490.000,00	502.000,00	383.952,16	76,48
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE (III)	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS	430.360.000,00	434.860.000,00	588.696.631,57	135,37
(-) DEDUÇÃO PARA O FUNDEB	22.440.000,00	22.440.000,00	23.329.637,66	103,96
TOTAL	609.761.056,00	613.840.386,32	781.670.283,26	127,34

DESPESA COM SAÚDE (por grupo de Natureza de Despesa)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c)	DESPESAS LIQUIDADAS	
			Jan a Dez (d)	% (d/c)
DESPESAS CORRENTES	68.452.332,00	148.962.906,19	77.778.946,02	52,21
Pessoal e Encargos Sociais	7.843.033,00	58.195.120,59	6.144.120,57	10,55
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	60.609.299,00	90.767.785,60	71.634.825,45	78,92
DESPESAS DE CAPITAL	19.197.625,00	16.220.297,97	14.896.516,37	91,83
Investimentos	19.197.625,00	16.220.297,97	14.896.516,37	91,83
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (IV)	87.649.957,00	165.183.204,16	92.675.462,39	56,10

DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS LIQUIDADAS	
			Jan a Dez (e)	% (e / desp.saúde)
DESPESAS COM SAÚDE	87.649.957,00	165.183.204,16	92.675.462,39	100,00
(-) DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS (5)	0,00	0,00	0,00	0,00
(-) DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS DESTINADOS À SAÚDE	18.351.056,00	22.430.386,32	17.607.386,96	18,99
Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS	18.351.056,00	22.430.386,32	17.607.386,96	18,99
Recursos de Operações de Crédito	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros Recursos	0,00	0,00	0,00	0,00
(-) RP INSC. NO EXERCÍCIO SEM DISP. FINANC. VINC. DE RECURSOS PRÓPRIOS [1]	N/A	N/A	0,00	N/A
TOTAL DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE (V)	69.298.901,00	142.752.817,84	75.068.075,43	81,00

CONTROLES DE RESTOS A PAGAR INSCRITOS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES VINCULADOS A SAÚDE	APLICAÇÃO MÍNIMA EM ^ (f)	APLICAÇÃO APURADA EM ^ (g)	RESTOS A PAGAR	
			Inscritos em 31 de dezembro de ^	Cancelados @ (h)
RP DE DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAUDE	29.879.520,51	48.342.746,23	0,00	0,00
Compensação de Restos a Pagar Cancelados 2004 (VI)	0,00			

PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL (15%) [V - VI/I]	[(V-VI)/I]
	37,78

DESPESAS COM SAÚDE (por subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA	DESPESAS LIQUIDADAS	
			Jan a Dez (i)	% (i / total i)
Atenção Básica	N/A	165.183.204,16	92.675.462,39	100,00
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	N/A	0,00	0,00	0,00
Suporte Profilático e Terapêutico	N/A	0,00	0,00	0,00
Vigilância Sanitária	N/A	0,00	0,00	0,00
Vigilância Epidemiológica	N/A	0,00	0,00	0,00
Alimentação e Nutrição	N/A	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções[1]	N/A	0,00	0,00	0,00
TOTAL	N/A	165.183.204,16	92.675.462,39	100,00
(-) DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS (5)	N/A	N/A	0,00	
(-) DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS DESTINADOS A SAUDE	N/A	N/A	17.607.386,96	
Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS	N/A	N/A	17.607.386,96	
Recursos de Operações de Crédito	N/A	N/A	0,00	
Outros Recursos	N/A	N/A	0,00	
(-) RP INSC. NO EXERCÍCIO SEM DISP. FINANC. VINC. DE RECURSOS PRÓPRIOS [2]	N/A	N/A	0,00	
TOTAL DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PUBLICOS DE SAUDE	N/A	N/A	75.068.075,43	

FONTE: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Adesão a estas diretrizes do Ministério da Saúde era facultativa considerando a autonomia política dos governos subnacionais, e dependia da disposição de cada município de assumir ou não, tais responsabilidades. A estratégia utilizada pelo governo federal para encorajar a implementação das políticas por ele definidas foi oferecer incentivos financeiros e estabelecer contrapartidas aos repasses dos recursos, como por exemplo o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e PAB variável.

A ampla adesão dos municípios brasileiros às NOBs e NOAS indica que a estratégia alcançou o objetivo proposto anteriormente. No entanto, a opção pela vinculação às diretrizes esteve fortemente associada aos incentivos financeiros disponibilizados, já que grande parte dos municípios possuía baixa de arrecadação própria e, consequentemente, dependia das transferências intergovernamentais para sustentar a oferta de serviços de saúde (MELO, 2018).

Embora as normas operacionais do SUS não interferissem diretamente na autonomia política municipal, os repasses vinculados restringiam autonomia alocativa dos recursos pelo gestor local e exigiam alinhamento das políticas municipais às diretrizes federais, caminhando em sentido contrário ao princípio da descentralização. Todo esse movimento intensificou o debate a respeito do poder de regulação e indução do governo federal na orientação das políticas de saúde (LIMA; VIANA, 2007).

Arretche (2010) distingue dois tipos de políticas descentralizadas: as reguladas e as não reguladas. As primeiras são marcadas por terem diretrizes definidas e controladas pelo governo federal, o que implica restrições à autonomia decisória dos estados e municípios. As segundas, por sua vez, conferem autonomia decisória na execução das políticas. Na perspectiva de Melo (1996) e Arretche (2012), as políticas de saúde enquadram-se no modelo regulado, pois, embora a execução seja responsabilidade dos governos locais, permanecem submetidas a intensa supervisão e regulamentação da esfera federal.

De acordo com Lima (2007), pesquisadores da área reconhecem que, embora as transferências “fundo a fundo” representem um avanço ao dispensarem a exigência de comprovação prévia de produção para a liberação dos recursos, permanecem sob forte tutela do Ministério da Saúde. Há consenso entre estudiosos e formuladores que o objetivo central desse mecanismo regulatório é vincular os entes subnacionais ao cumprimento de metas e prioridades definidas nacionalmente.

Dessa forma, ainda que aumente a autonomia administrativa e financeira dos municípios, essa autonomia é condicionada à adesão a diretrizes federais, configurando um modelo "descentralizado" com mecanismos de controle centralizado. Tal configuração produz efeitos diretos na organização e estratégias de gestão de cada município. É à luz desse cenário que se analisa, na seção seguinte, a experiência de Campos dos Goytacazes e o modo como o município se posicionou diante das modalidades de gestão propostas nas NOBs.

2.3 O município de Campos dos Goytacazes e sua atuação na gestão da saúde pública local

Os mecanismos de provisão dos serviços públicos, propostos pela descentralização, fizeram das prefeituras as principais responsáveis pela implementação do SUS. A transferência de atribuições, acompanhada de incentivos financeiros e normativos, buscava fortalecer a capacidade dos municípios de gerir a atenção básica e de organizar as redes de serviços de acordo com suas realidades locais. Nesse arranjo, os entes municipais passavam a assumir não apenas funções operacionais, mas também responsabilidades de planejamento, regulação e monitoramento das ações em saúde, tornando-se atores centrais na configuração dos sistemas locais.

A prefeitura do município de Campos dos Goytacazes, objeto de estudo desta pesquisa, habilitou-se, no ano de 1998, na Gestão Plena da Atenção Básica e optou por permanecer na mesma modalidade de gestão ao longo da vigência das NOBs, apesar de possuir todos os requisitos para assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal[24] a partir do ano seguinte, em 1999 (VENANCIO, 2001). Os gestores habilitados nessa modalidade apresentavam menor controle sobre a gestão do sistema de saúde do município. Suas responsabilidades eram relacionadas à gerência de unidades ambulatoriais e a prestação de serviços relacionados ao Piso da Atenção Básica (PAB), como a contratação, auditoria, controle e pagamento apenas destes procedimentos.

Com uma década de "atraso", o município foi credenciado para a Gestão Plena do Sistema Municipal no ano de 2009, apesar de municípios com características

[24] Ver mais em: Diário Oficial do município de 16 de setembro de 2009

semelhantes terem adquirido tal autonomia anos antes, e passou a receber em totalidade os recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território.

A tabela 3 apresenta os valores referentes as transferências de recursos do SUS que o município de Campos dos Goytacazes recebeu entre os anos de 2008 a 2011. Os dados foram consultados pela plataforma SIOPS e deflacionados por meio da “calculadora do cidadão” do Banco Central, corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) para o ano de 2025.

TABELA 3: Transferências de recursos do SUS recebidas pelo município de Campos entre os anos de 2008 e 2011

ANO	2008	2009	2010	2011
TRANFERÊNCIA DE RECURSOS DO SUS	**67.362.297,21**	**53.923.621,14**	**264.782.818,76**	**260.855.115,16**
Da União para o Município	62.653.281,26	49.584.036,20	239.419.768,20	249.270.509,20
Do Estado para o Município	4.278.878,85	1.606.430,55	22.866.431,81	9.365.294,93
Demais Municípios para o Município	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	430.137,09	2.733.154,38	2.496.618,75	2.219.311,03

FONTE: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

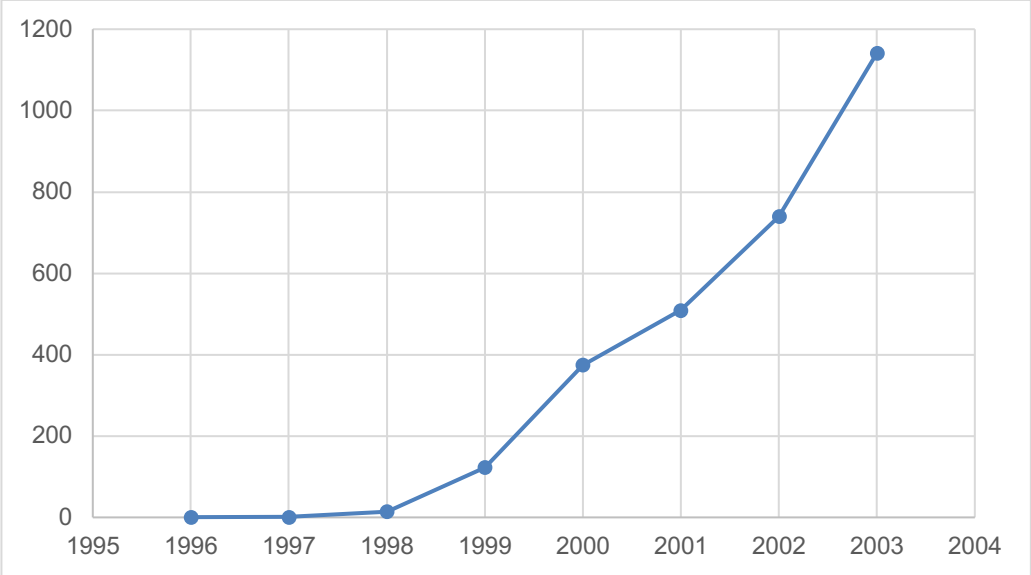
Ao analisar o quadro acima, percebemos o aumento significativo dos valores de recursos do SUS recebidos pelo município antes (2008 e 2009) e depois (a partir de 2010) de se credenciar a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Diferente da maior parte dos municípios brasileiros, Campos optou por não estabelecer vínculos mais estreitos às diretrizes nacionais do SUS. O poder de veto, essa capacidade de se contrapor às políticas de saúde centrais, é fruto de sua autonomia política e assegurada pela Constituição Federal. No entanto, especificamente no contexto de Campos, o exercício desse veto só foi possível em

função de sua menor dependência dos repasses regulares do SUS para o financiamento do sistema de saúde local.

Essa menor dependência dos recursos federais pelo município de Campos decorre do crescimento exponencial do orçamento municipal no final da década de 1990, devido as suas expressivas receitas com *royalties* da exploração do petróleo. O gráfico 1 mostra o crescimento da arrecadação dos royalties e participações especiais *per capita* do município de Campos dos Goytacazes entre os anos de 1996 e 2003. Importante informar que os dados não estão deflacionados e seu principal objetivo é ilustrar a linha de crescimento. Tais receitas devem seguir regras específicas que, mesmo complexas, permitem alto grau de autonomia alocativa dos recursos por parte do gestor local.

GRÁFICO 1: Arrecadação de *royalties* e participações especiais, *per capita*, segundo municípios do Norte Fluminense 1996-2003 (R$)



FONTE: Elaboração própria a partir de Pacheco (2004).

Campos apenas voltou a formalizar qualquer tipo de vínculo com as diretrizes gerais do Ministério da Saúde no ano de 2008, ao assinar o Termo de Compromisso de Gestão, referente ao Pacto pela Saúde do ano de 2006, ano seguinte ao recorte temporal desta pesquisa**,** cujos compromissos começaram a ser implementados no fim do ano de 2009 (MELO, 2018).

> Os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006. Portaria GM/MS nº399).

O Pacto pela Saúde foi instituído pela Portaria GM/MS nº 399 do Gabinete do Ministro (GM) do Ministério da Saúde (MS), de 22 de fevereiro de 2006, que aprova suas Diretrizes Operacionais. O Pacto é formado por três diferentes dimensões estratégicas, sendo estas: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. Suas prioridades abrangem seus três componentes e são expressas em formato de objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão (TCG), detalhadas no documento de Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde de 2006.

O Pacto pela Vida definiu as prioridades para o SUS. Entre elas está o Fortalecimento da Atenção Básica à Saúde, especialmente através da Estratégia Saúde da Família (ESF). O objetivo é fazer da ESF uma estratégia central para reforçar a Atenção Básica (AB), consolidando e aprimorando sua atuação nos municípios de pequeno e médio porte, além de expandi-la para os grandes centros urbanos, sempre considerando as diferenças loco-regionais em seu desenvolvimento. Mais adiante, no capítulo seguinte, abordamos a Atenção Básica e suas características com maior detalhamento.

A segunda dimensão estratégica, Pacto em Defesa do SUS, propunha uma agenda de repolitização do SUS com a sociedade e a busca pela ampliação do seu financiamento. Enquanto a terceira dimensão estratégica, o Pacto de Gestão do SUS, estabeleceu responsabilidades sanitárias explícitas para cada esfera de governo (BRASIL, 2006). Tal pacto parte da constatação de que o Brasil é um país continental, com muitas diferenças e iniquidades regionais. Logo, mais do que definir diretrizes nacionais, torna-se necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS respeitando suas singularidades regionais.

A implementação do Pacto pela Saúde se dava pela adesão dos entes federados ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que estabeleceu metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente. Dessa forma, o Pacto pela Saúde substituiu os processos de habilitação dos entes federados

das várias formas de gestão anteriormente vigentes, não havendo mais a divisão entre municípios ou estados “habilitados” e “não habilitados”. Além disso, com a adesão do TCG, todos os municípios passaram a ser gestores das ações de saúde, operando responsabilidades sanitárias pactuadas definidas pelo Termo, com atribuições definidas e metas a cumprir. Desse modo, a comprovação formal da capacidade exigida para habilitação em determinados tipos de gestão deu espaço para os resultados em saúde (BAPTISTA, 2007).

A assinatura do Termo de Compromisso de Gestão indicava a formalização das responsabilidades e atribuições da esfera municipal na condução do processo de aprimoramento e consolidação do SUS. Eram estabelecidas categorizações para todas as responsabilidades, assim como planos de ação e prazos para realizações.

O município de Campos dos Goytacazes assinou o Termo de Compromisso de Gestão, referente ao Pacto pela Saúde de 2006, no ano de 2008. E as diretrizes do Termo foram efetivamente implantadas no ano seguinte, em 2009. No estado do Rio de Janeiro, 54 dos 92 municípios aderiram ao Pacto pela Saúde. A tabela 4 mostra a quantidade de municípios do estado divididos por modalidade de gestão, no ano de 2011. A lista com os 54 municípios pode ser consultada nos anexos.

TABELA 4: Quantidade de municípios do estado do Rio de Janeiro, por modalidade de gestão em 2011

Adesão ao Pacto pela Saúde	Gestão Plena do Sistema Municipal	Gestão Plena da Atenção Básica	TOTAL
54	7	31	92

FONTE: Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

A partir da Portaria GM/MS 1.580 de 2012, a adesão formal ao Pacto pela Saúde, assim como a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (com seus planos de ação e cronogramas), deixaram de ser obrigatórias para o recebimento de recursos federais pelos municípios. Entretanto, sua estratégia baseada em prioridades sanitárias nacionais e em instrumentos e estruturas institucionais inovadoras de coordenação intergovernamental, continuam ativas mais de uma década depois de sua vigência. E mesmo sem mais efeito jurídico, o pacto buscou

amenizar as desigualdades na oferta de serviços de saúde, além de contribuir para a garantia da integralidade de acesso por meio da ampliação da cooperação entre as três esferas de governo na gestão da política de saúde (JACCOUD; MENESES, 2020, pág.216).

A seguir vemos um panorama do custeio das políticas públicas de saúde no município.

2.4 O custeio das políticas de saúde ao longo do tempo: as regras e a participações dos entes federados

A política de saúde no Brasil, por seu carácter descentralizado, implica, para além da provisão financeira conjunta entre o governo federal e os governos estaduais e municipais, em ações que exigem a cooperação dos três níveis de governo para serem desenvolvidas (PAIVA; GONZALEZ, 2017). A tabela 5, apresenta o aporte financeiro para a saúde, por nível de governo, que Campos recebeu entre os anos de 2020 e 2024[25].

TABELA 5: Transferências para a saúde recebidas pelo município de Campos entre os anos de 2020 a 2024

Ano	2020	2021	2022	2023	2024
RECEITAS DE TRANSFERÊNCIAS PARA A SAÚDE	**470.254.071,57**	**659.628.419,69**	**477.063.018,47**	**570.185.388,62**	**495.490.589,16**
Provenientes da União	421.772.758,02	429.503.085,35	365.486.200,27	460.055.153,17	454.684.996,75
Provenientes do estado	48.481.313,56	230.125.334,34	442.120.542,67	110.130.235,45	40.805.592,41
Provenientes de outros municípios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS	0,00	0,00	0,00	0,00	63.048.330,62
TOTAL DAS RECEITAS PARA FINANCIAMENTO DA SAÚDE	**470.254.071,57**	**659.628.419,69**	**477.063.018,47**	**570.185.388,62**	**558.538.919,78**

FONTE: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

[25]Os valores apresentados no quadro 8 são referentes as receitas realizadas, corrigidas pelo IPCA para o ano de 2025.

As políticas de saúde passaram a ser orientadas por princípios como a descentralização e a integração entre ações preventivas e curativas, após a promulgação da CF 1988. Por não serem autoexecutáveis, essas diretrizes exigiram a formulação de regras que estimulassem sua implementação, estimulando os municípios a assumirem responsabilidades e ampliar a oferta descentralizada dos serviços de saúde (ARRETCHE, 2004). O quadro 6 apresenta algumas dessas normas e seus efeitos no processo de implantação do SUS.

QUADRO 6: Histórico das formas de transferências de recursos ao longo dos anos

LEI/NORMA	ANO	DESCRIÇÃO
Art. 198 e Art. 23 Constituição Federal	1988	Estabelece a responsabilidade compartilhada entre a União, estados e municípios no financiamento da saúde pública. Institui a descentralização como princípio do SUS.
Lei nº 8.080 Lei Orgânica da Saúde	1990	Estabelece parâmetros para a definição de valores para a realização de transferências financeiras da União para estados e municípios.
Lei nº 8.142	1990	Determina que as transferências destinadas aos serviços públicos de saúde fossem regulares e automáticas, condicionadas à existência de Fundo de Saúde, Conselho de Saúde e Plano de Saúde aprovados (ainda sem critérios operacionais definidos).
NOB nº 1/93	1993	Define as primeiras modalidades de gestão: Inicial, Parcial, Semiplena e Plena. Determina a adoção de transferências regulares e automáticas fundo a fundo: do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde (transferências vinculadas às modalidades de gestão).
NOB º 1/96	1996	Reduz as formas de gestão a duas modalidades: Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Tal redução gerou habilitação em massa dos municípios. Estabelece os conceitos de Piso Assistencial Básico (PAB) Fixo e Variável.
Emenda Constitucional nº 29	2000	Estabelece percentuais mínimos obrigatórios de investimentos em saúde para cada ente federado.
Portaria GM/MS nº 204	2007	Estabelece seis blocos de financiamento: Atenção Básica; Média e Alta Complexidade (MAC) ambulatorial e hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; Investimentos. Transferências realizadas fundo a fundo, em contas específicas para cada bloco.
Portaria nº 3.992	2017	Unifica os seis blocos de financiamento em apenas dois: Blocos de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS); e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Transferências realizadas fundo a fundo, em apenas duas contas.

FONTE: Elaboração própria a partir de documentos oficiais das NOBs, Constituição Federal e da respectivas Portarias.

A Lei nº 8.080/1990 estabeleceu parâmetros para a realização de transferências financeiras da União para os estados e municípios. Na sequência, a Lei nº 8.142/1990 dispôs que essas transferências, destinadas a cobertura das ações e serviços públicos de saúde, deveriam ocorrer de forma regular e automática.

Apesar dos avanços para a institucionalização da descentralização, esses dispositivos não definem de forma clara os valores a serem transferidos, tampouco os critérios de partilha dos recursos federais. Nesse contexto, coube as NOBs

operacionalizar a descentralização, viabilizando, de fato, a implantação do SUS (PAIVA; GONZALEZ, LEANDRO, 2017).

A NOB nº 1/1993 foi a responsável por determinar a adoção das transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os Fundos Municipais de Saúde. Ainda que essas transferências fossem limitadas a assistência ambulatorial e hospitalar, representaram um importante avanço na lógica de financiamento da política de saúde no Brasil. Posteriormente, a NOB nº 1/1996 estabeleceu que os repasses de recursos fundo a fundo abrangessem as áreas de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, controle de doenças e a atenção básica.

A NOB 01/1996 foi fundamental para o processo de reorientação do modelo de atenção à saúde, priorizando a atenção básica**.** Reduziu as formas de gestão a duas modalidades: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Tal simplificação contribuiu para o crescimento exponencial do número de municípios habilitados, representando 93% do total de municípios no ano de 1998 e 99% em 2000 (UGÁ, 2003)**.** Esse processo foi crucial para o fortalecimento do mecanismo de repasse fundo a fundo[26] e, de maneira mais ampla, para a consolidação da descentralização da gestão do SUS, que, naquele contexto, ocorreu principalmente por meio da municipalização dos serviços de saúde (VAZQUEZ, 2014).

As transferências obrigatórias fundo a fundo substituíram as transferências voluntárias (convênios), que era a forma mais usual de transferências até meados de 1990. Essa transição, ainda que parcial, conferiu maior organicidade à política de saúde, uma vez que o mecanismo de regulação produziu incentivos para que os governos locais adotassem comportamentos alinhados as diretrizes estabelecidas pelo governo federal (VAZQUEZ, 2014). De acordo com Arretche (2012), a desigualdade do gasto em saúde reduziu[27] entre os anos de 1996 e 1998, devido a implementação da NOB nº01/1996, que instituiu de fato o mecanismo fundo a fundo.

Posteriormente, as vinculações constitucionais foram importantes para ampliação da participação dos outros níveis de governo no financiamento da política

[26] As condições para a transferências “fundo a fundo” foram regulamentadas pelo decreto nº 1.232/1994 do Presidente da República (Itamar Franco), no ano de 1994.
[27] A desigualdade do gasto em saúde, medido pelo coeficiente de Gini, passou de 0,399 em 1996 para 0,354 em 1998.

de saúde e para assegurar os recursos necessários as contrapartidas municipais dos programas prioritários (PIOLA, 2013).

A Emenda Constitucional nº 29/2000 estabeleceu percentuais mínimos obrigatórios para aplicação de recursos públicos em ações e serviços públicos de saúde para os três entes federados, conforme mostrado no quadro 7.

QUADRO 7: Percentuais mínimos de aplicação de recursos em saúde pública exigidos pela EC nº 29 de 2000.

ENTE FEDERADO	DESCRIÇÃO	PERCENTUAL MÍNIMO (EC 29/2000)	BASE DE CÁLCULO
União	Regra de crescimento anual: "Aplicar, anualmente, o valor empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB"	Gasto do ano anterior + Variação nominal do PIB	Gasto federal em ações e serviços públicos de saúde
Estados	Devem aplicar no mínimo 12% da receita de impostos e das transferências constitucionais na saúde	12%	Receitas de impostos + Transferências constitucionais
Municípios	Devem aplicar no mínimo 15% da receita de impostos e das transferências constitucionais na saúde	15%	Receitas de impostos + Transferências constitucionais

FONTE: Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.

A partir da promulgação desta Emenda, o governo federal lançou mão de um conjunto de portarias a fim de organizar uma estrutura de incentivos. Por meio desses mecanismos, o governo federal foi capaz de exercer certo controle sob os demais entes, que resultou em melhorias nos indicadores de desigualdade de acesso e qualidade dos serviços de saúde (PAIVA; GONZALEZ; LEANDRO, 2017).

Reconhecendo a importância dos repasses para a consolidação do SUS, os gestores das três esferas de governo concordaram que, a partir de 2004, os incentivos via normas operacionais criados desde os anos 1990 para induzir a descentralização já haviam cumprido seu papel, estando esgotados. Nesse contexto foi instituído em 2006 o Pacto pela Saúde, englobando três dimensões estratégicas conforme

mencionado anteriormente. É válido ressaltar que o recorte temporal da presente pesquisa considera os anos a partir de 2005, referente a legislaturas de 2005-2008, o que indica que o Pacto já havia sido instituído em quase todo o período considerado

Com o Pacto, novas mudanças foram introduzidas na gestão do SUS, entre as principais estão: a substituição das habilitações às condições de gestão pela adesão ao Termo de Compromisso de Gestão; e a integração em seis grandes grupos (blocos de financiamento[28]) por meio da Portaria GM/MS nº 204/2007, sendo eles: Atenção Básica; Média e Alta Complexidade (MAC) ambulatorial e hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; e Investimentos. Desse modo, as transferências eram realizadas fundo a fundo, em contas específicas para cada bloco, reduzindo o número de contas para prestação (PIOLA, 2017).

Todavia, a Portaria GM/MS nº 3.992 de 2017 extinguiu os seis blocos de financiamento criados pela Portaria nº 204/2007 e os substituiu por apenas dois blocos: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2017). Tal mudança reduziu para apenas duas contas financeiras, uma para cada bloco. Essa unificação trouxe maior flexibilidade aos gestores e facilidade na gestão orçamentária, tendo em vista o número reduzido de contas para prestação, e menor risco de verbas estagnadas nas contas municipais (PIOLA, 2017). Este modelo é o que está em vigor no momento do desenvolvimento deste trabalho.

2.5 A Atenção Básica como eixo estruturante do SUS e a Estratégia Saúde da Família

A partir do SUS, a saúde pública no Brasil passou a ser organizada em três diferentes níveis de atenção e assistência à saúde de acordo com a complexidade dos serviços prestados, sendo eles: a Atenção Básica à Saúde (ABS) ou Atenção Primária à Saúde (APS); e a Atenção Especializada, composta pelos níveis de Atenção Secundária e Terciária. Apesar de ter sido estabelecida em 1988, com a criação do SUS, tal divisão foi detalhada ao longo dos anos por meio de regulamentações e portarias, como a Portaria nº 4.270, de 30 da dezembro de 2010,

[28] Ver mais em: Portaria nº 204/2007

do Ministério da Saúde, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde (RAS) no SUS.

Apesar de interligados, os três níveis de atenção apresentam funções e públicos distintos. Eles organizam os tratamentos e os serviços ofertados pelo SUS a partir de parâmetros determinados pela OMS, com o “objetivo de proteger, restaurar e manter a saúde dos cidadãos com equidade, qualidade e resolutividade” (BRASIL, 2022).

A tabela 6 a seguir, mostra os gastos que o município de Campos teve com a saúde, discriminados por subfunção. Tendo em mente que as despesas empenhadas indicam apenas a reserva orçamentária; e as despesas pagas podem sofrer distorções temporais devido a atrasos financeiros; optou-se por considerar os valores referentes as despesas liquidadas, que representam o momento em que a administração pública reconhece formalmente que o bem ou o serviço foi efetivamente prestado.

TABELA 6: Despesas com saúde por subfunção executadas pelo município de Campos entre os anos de 2020 e 2024

Ano	2020	2021	2022	2023	2024
ATENÇÃO BÁSICA	**120.936.549,41**	**45.158.661,27**	**19.434.315,77**	**31.814.449,12**	**15.178.905,45**
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	313.873.933,79	259.919.423,20	331.758.517,07	81.099.286,26	341.389.510,60
Suporte Profilático e Terapêutico	5.875.895,24	7.550.865,01	26.343.415,97	7.856.054,87	30.972.385,86
Vigilância Sanitária	2.293.348,41	528.384,86	140.395,08	85.593,03	174.196,66
Vigilância Epidemiológica	1.135.630,43	722.243,11	2.687.234,76	598.761,14	3.129.558,71
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	2.151.243,82	841.383,83	4.049.717,22
Outras Subfunções	646.644.425,87	472.259.088,02	524.560.531,46	464.570.266,24	730.305.381,29
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE	**1.090.759.783,15**	**786.138.665,47**	**907.075.653,95**	**586.865.794,49**	**1.125.232.446,30**

Transferências da União[29]	**438.762.009,33**	**473.264.363,47**	**439.570.807,71**	**166.181.553,48**	**527.046.704,96**
Despesas executadas com Recursos Próprios	**651.997.773,82**	**312.874.302,00**	**467.504.846,24**	**420.684.241,01**	**598.185.741,33**

FONTE: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

A partir dos dados das despesas do município com a saúde, percebe-se que a Atenção Básica está entre as prioridades de Campos nos últimos anos, ficando atrás apenas da Assistência Hospitalar e Ambulatorial e outras subfunções. As despesas com saúde dos últimos anos têm sido, em sua maior parte, custeadas pelos recursos do próprio município, conforme os dados apresentados na tabela 6 acima.

A Atenção Básica é a porta de entrada no SUS e representa o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde**.** É responsável por um conjunto de ações voltadas a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde. Oferece serviços básicos como consultas médicas, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, concentrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2022).

A Atenção Secundária ou Média Complexidade, é composta por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios. Compreende atendimento especializado, direcionado para áreas como pediatria, cardiologia, oncologia, ortopedia, neurologia, psiquiatria, ginecologia e entre outras especialidades médicas. Os atendimentos são concentrados em Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), policlínicas, hospitais e centros de atendimento com equipamentos para exames mais avançados, como ecocardiogramas e endoscopias (BRASIL, 2022).

Fazem parte da Atenção Terciária ou Alta Complexidade, os hospitais gerais de grande porte, Santas Casas, hospitais. São locais com leitos de UTI e centros cirúrgicos grandes e complexos. Além disso, envolvem procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores como é o caso dos oncológicos, transplantes e partos de alto risco. Os especialistas da alta complexidade são aptos para tratar casos que não puderam ser atendidos na atenção primária ou média complexidade, por serem mais singulares ou complexos (BRASIL, 2022).

[29] Referente ao inciso I do art. 5º da Lei Complementar 173/2020

O quadro 8 ilustra os três níveis de atenção e a forma como são organizados através da distribuição dos estabelecimentos de saúde e apresenta suas principais funções, serviços oferecidos e o formato de atendimento.

QUADRO 8: Níveis de atenção à saúde e suas particularidades

NÍVEL DE ATENÇÃO	ESTABELECIMENTOS	FUNÇÃO	SERVIÇOS	ATENDIMENTO
Atenção Primária (Básica)	Unidade Básica de Saúde (UBS)	Foco na prevenção; Primeira porta de entrada no SUS; Atendimentos agendados e contínuos.	Atendimento primário; Consultas médicas com generalistas e clínicos gerais; Vacinação; Acompanhamento de doenças crônicas.	Horário comercial.
	Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF)	Atendimento domiciliar e comunitário; Prevenção de doenças; Educação em saúde.	Equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, Agentes comunitários); Acompanhamento familiar.	Horário comercial.
Atenção Secundária (Média Complexidade)	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Atendimento de urgência e emergência de média complexidade; Funciona como intermediária entre as UBS e os hospitais; Evita superlotação de hospitais.	Atendimento a casos como crises hipertensivas, fraturas, infartos leves, problemas respiratórios; Agravos que necessitam de pronto atendimento, mas não exigem internação hospitalar; Exames laboratoriais e de imagem.	24 horas, todos os dias da semana.
	Unidade de Pronto Atendimento Hospitalar (UPH)	Atendimento emergencial com suporte hospitalar, Internações de curta duração; Semelhante à UPA, mas com estrutura hospitalar mais robusta.	Além dos atendimentos de urgência e emergência, pode ter leitos para estabilização de pacientes; Funciona como unidade de pronto atendimento dentro da estrutura hospitalar, permitindo suporte a casos mais graves.	24 horas, todos os dias da semana.
	Policlínicas	Atua na continuidade do cuidado, oferecendo suporte diagnóstico e terapêutico para pacientes encaminhados da Atenção Primária (UBS e ESF), sem atendimento emergencial.	Consultas com especialistas; Realização de exames de imagem, laboratoriais e procedimentos ambulatórios média complexidade; Apoio às UBS	Horário comercial.
Atenção Terciária (Alta Complexidade)	Hospitais Gerais	Atendimento amplo; Internação e cirurgia de média e alta complexidade.	Diversas especialidades médicas; Pronto-socorro; Internações prolongadas; Cirurgias.	24 horas, todos os dias (urgência e emergência); Atendimentos eletivos seguem horário comercial.

	Hospitais Especializados	Tratamento de doenças específicas como oncologia, cardiologia, neurologia etc.	Atende apenas uma área da saúde; Cirurgias cardíacas, ortopedia, psiquiatria etc.	24 horas, todos os dias para internações; Consultas e exames seguem horário comercial.
	Centros de Alta complexidade	Tratamento de doenças graves que exigem tecnologia avançada e equipe especializada.	Cirurgias complexas; Quimioterapia, radioterapia e transplantes.	24 horas, todos os dias para internações; Consultas e tratamentos seguem horário comercial.

FONTE: Elaboração própria, a partir de dados do Ministério da Saúde

Com a institucionalização do SUS, a Atenção Básica passou a ser organizada por meio de políticas públicas específicas, resultando na criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991; e do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994. Tendo sua importância e efetividade reconhecidas, o que antes era apenas um programa tornou-se a principal estratégia para a reorganização da APS, consolidada como Estratégia Saúde da Família pela publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituída em 2006 (e atualizada em 2017) por meio da Portaria nº 648, no âmbito do Pacto pela Saúde, e estabeleceu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como a principal estratégia para reorganizar a Atenção Básica no Brasil, com políticas alinhadas aos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Esse novo modelo buscava reorganizar os serviços de saúde por meio de ações preventivas, de promoção da saúde e atendimento integral (BRASIL, 2006).

A PNAB estabeleceu diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e a consolidou como eixo estruturante do SUS (BRASIL, 2006). Foi responsável por estabelecer a Estratégia Saúde da Família como o modelo prioritário da organização da Atenção Básica, determinando seus critérios de financiamento, territorialização, adscrição e responsabilidades das equipes. A implementação da ESF foi fundamental para a descentralização dos serviços de saúde, qualidade do atendimento nas comunidades e para promoção de um sistema mais equitativo (BRASIL, 2017).

A ESF foi criada em 1994 como Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de descentralizar e reorganizar a atenção básica no país, propondo a substituição do modelo tradicional, centrado no médico, por um modelo centrado na atenção territorializada, multiprofissional e com forte vínculo comunitário, dada a

interação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com a população. Ao longo dos anos o PSF foi ganhando centralidade nas políticas do SUS e se consolidou como um modelo estruturante da atenção básica com a publicação da PNAB (2006), tornando-se estratégia prioritária para a ampliação e consolidação da atenção básica denominada: Estratégia Saúde da Família. Um de seus principais propósitos é alterar o modelo assistencial de saúde centrado na doença, no médico e no hospital, reforçando a ideia de prevenção às doenças frente a parte curativa; e responder as necessidades de uma atenção integral ao indivíduo desenvolvida por equipe multiprofissional e com intensa participação da comunidade (BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família integra um conjunto de medidas de reorganização da atenção básica de saúde, com intuito de se constituir uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde da população no âmbito do SUS. Oferece a prestação do serviço nos próprios domicílios – com o intuito de humanizar o atendimento, abordar a saúde dentro do contexto social e intervir em fatores de risco das residências (BRASIL, 2012). Tais iniciativas contribuem com fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS, de modo que se possa ter condições de garantir a oferta de serviços à população. Além de servirem de elo entre a comunidade e os serviços de saúde, possibilitando a veiculação de informações importantes para as ações de vigilância e a organização da atenção à saúde nos municípios, o ESF também, atua de forma preventiva e curativa junto às comunidades, resultando em melhorias importantes nas condições de saúde da população (BRASIL, 2012). Na prática,

> Para aderir à ESF, o município envia solicitação à Secretaria Estadual de Saúde e, ao adotar a estratégia assume os compromissos de: valorizar a família e o seu espaço social; orientar a intervenção sobre os fatores de risco; desenvolver ações intersetoriais, mediante parcerias; estimular o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania; e organizar a comunidade para o efetivo exercício do controle social. A implementação efetiva do programa está a cargo dos municípios, especificamente das secretarias municipais de saúde, que, ao aderirem à ESF, devem organizar a rotina de trabalho das Equipes de Saúde da Família alocados em unidades básicas de saúde (LOTTA, 2015 p.96)

Os municípios que aderem ao programa passam a receber os recursos a ele destinados e assumem uma série de responsabilidades estabelecidas pela esfera federal, como: a elaboração do projeto de implantação da Estratégia Saúde da

Família (ESF); a seleção e contratação dos profissionais para as equipes de saúde; a capacitação dessas equipes; a implementação de sistemas de informação e de avaliação da ESF; o acompanhamento e avaliação sistemática do desempenho das Unidades de Saúde da Família; a inserção do financiamento das ações dessas unidades na programação ambulatorial do município; a garantia da infraestrutura/funcionamento da rede básica necessária ao pleno desenvolvimento das ações da ESF; e a definição dos serviços responsáveis pelos fluxos de referência e contrarreferência das Unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2017).

Os serviços de saúde prestados no âmbito da ESF são executados principalmente nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde também se concentra o atendimento às especialidades básicas promovidos pela equipe de Atenção Básica ou Primária. A gerência da UBS**,** por sua vez, é responsável por coordenar as ações mais gerais da unidade, organizando o fluxo de trabalho, a distribuição de tarefas, as atividades de planejamento e avaliação. A posição de gerência ocupada pelo encarregado dá a ele o poder de moldar o funcionamento da unidade, a partir de suas interpretações das normas e tomadas de decisão. Mesmo porque, é o encarregado que define quais são as prioridades em cada momento e utiliza de sua discricionariedade ao mediar demandas e solucionar conflitos.

Os serviços de saúde são realizados por equipes multiprofissionais, seja da Atenção Primária ou de Saúde da Família, que são compostas por no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (no caso das eSF), com jornada de trabalho de 40 horas semanais. Outros profissionais de saúde podem ser incorporados a uma unidade básica, como profissionais de saúde bucal, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais. As equipes realizam consultas médicas e de enfermagem; e são responsáveis pela prevenção de doenças; identificação de fatores de riscos; visitas domiciliares; reuniões com a comunidade (SOUSA, 2009). Cada unidade básica, independentemente de sua modalidade de funcionamento, pode apresentar mais de uma equipe de profissionais, que é o que acontece na maioria dos casos.

O quadro 9 apresenta a composição mínima exigida para as equipes de Atenção Primária (eAP) e as equipes de Saúde da Família (eSF) das UBSs e UBSFs, conforme as diretrizes da PNAB, atualizada pela Portaria 2.436 de 2017:

QUADRO 9: Composição mínima exigida para as equipes de Atenção Primária e Saúde da Família

EQUIPE	PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA MÍNIMA	OBSERVAÇÕES
eAP	Médico Clínico Geral	40h	Pode variar conforme a organização local
	Enfermeiro	40h	
	Técnico/auxiliar de enfermagem	40h	
	Dentista	20h a 40h	Opcional / Quando há atenção odontológica
	Técnico/auxiliar em saúde bucal	20h a 40h	
eSF	Médico da Família ou Generalista	40h	Atuação integral obrigatória
	Enfermeiro	40h	-
	Técnico/auxiliar de enfermagem	40h	-
	ACS	1 para 750 pessoas	Cobertura de até 4.000 pessoas por equipe
	Equipe de saúde bucal	20h a 40h	Opcional

FONTE: Elaboração própria, a partir de dados do Ministério da Saúde

A equipe de Saúde da Família é prioritária da Atenção Básica e é responsável por realizar ações individuais e coletivas, como consultas, vacinação, procedimentos, visitas domiciliares, grupos e outras intervenções voltadas para o cuidado integral à saúde. Essas ações ocorrem nas UBS/UBSF, em domicílios e em outros espaços comunitários de acordo com as necessidades de saúde da população local. É obrigatória a carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da eSF, de modo que os profissionais só podem estar vinculados a uma equipe de Saúde da Família no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Diferentemente das eSF, as equipes de Atenção Primária possuem flexibilidade em relação a composição mínima de profissionais e carga horária. A gestão municipal pode estruturar equipes de eAP conforme as características e necessidades locais. Entretanto, considerando a eSF como modelo prioritário, as eAP podem ser reorganizadas e adequadas para se tornarem equipes de Saúde da Família (eSF), mediante solicitação de alteração junto ao Ministério da Saúde**.** Existem duas modalidades de eAP. Na modalidade I, a carga horária mínima individual dos profissionais deve ser de 20 horas semanais, com população adscrita correspondente a 50% da população adscrita para uma eSF. Enquanto na modalidade II, a carga horária mínima individual dos profissionais deve ser de 30 horas semanais, com população adscrita correspondente a 75% comparado a população da eSF. As eAP do município de Campos seguem a configuração da modalidade II.

No município de Campos, observa-se um costume em que parte importante da população tem por hábito buscar Unidades Básicas de Saúde (UBS) não apenas para atendimentos convencionais da Atenção Básica, mas também como porta de entrada preferencial para diferentes demandas de saúde, independentemente de sua complexidade. Tradicionalmente, as principais atribuições das UBSs são consultas médicas e de enfermagem, vacinação, acompanhamento pré-natal, acompanhamento de pacientes com doenças crônicas (como hipertensão e diabetes), realização de curativos, coleta de exames laboratoriais e atividades de educação em saúde e prevenção de agravos. Esses serviços compõem o escopo regular da Atenção Básica, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento da população cadastrada.

Na prática ocorre que parte da população procura as UBSs para atendimentos que fogem da Atenção Básica, como situações de urgência e emergência, quadros clínicos que demandam avaliação em unidades de pronto atendimento e exames ou procedimentos de média complexidade. Toda essa dinâmica pode sobrecarregar as UBSs que não dispõem de estrutura física, equipamentos e nem profissionais adequados para tais atendimentos. Esse comportamento pode ser explicado pela facilidade de acesso devido à proximidade territorial das UBSs e o acesso facilitado aos encarregados, assim como possíveis dificuldades de acesso ou demora para atendimento nos serviços de urgência e emergência. Porém, essa realidade pode gerar distorções no fluxo assistencial e impactar de forma negativa a capacidade das UBSs de cumprir plenamente sua função na Atenção Básica.

Dentre os três níveis existentes, este estudo se concentra na Atenção Básica, responsável pelo primeiro contato da população com o sistema público de saúde, com foco na promoção da saúde e a prevenção de doenças. A Atenção Secundária é mencionada pontualmente, especialmente no que se refere às policlínicas. Isso porque foi observado, por meio das entrevistas realizadas, que a população frequentemente recorre à Atenção Básica para demandas que deveriam ser atendidas na Atenção Secundária.

Conforme apresentado anteriormente no quadro 6, cada nível de atenção à saúde é representado por diferentes tipos de estabelecimentos. Conforme o quadro 9 acima, a Atenção Básica conta com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), que se diferenciam por possuírem

uma ou mais Equipes de Saúde da Família (eSF) e atuarem conforme a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Além desses dois formatos de unidades básicas, existem também as chamadas UBS mistas. Essas unidades apresentam equipes de Atenção Primária e equipes de Saúde da Família, e combinam características das UBS tradicionais e da ESF, oferecendo serviços de APS, integrando equipes da ESF e atendimentos especializados, como pediatria, ginecologia e odontologia, conforme a capacidade física da unidade. Entretanto, a classificação da UBS do tipo mista não está em todos os municípios brasileiros, ainda que seja algo muito popular no município em questão. Optou-se por considerar tal modalidade a fim de facilitar a compreensão da divisão das unidades, respeitando a forma como é intitulada na região.

A distribuição das unidades e suas formas de funcionamento variam conforme as políticas de saúde local e as demandas da população. De acordo com um profissional da secretaria de AB do município, a decisão de uma nova unidade (para ser reaberta ou construída) parte de pedidos da população para cobertura em determinada área ou região e excesso de demandas em uma única unidade em funcionamento. Desse modo, cada município organiza sua rede de atenção básica de acordo com suas próprias necessidades específicas e conforme as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde. A seguir, apresentamos um panorama da Atenção Básica em Campos.

2.6 Panorama da Atenção Básica à Saúde no município

No que se refere à atenção básica, o município de Campos teve suas primeiras equipes de saúde da família implantadas no ano de 1999. Essas equipes estavam concentradas em áreas rurais extensas do município e bairros periféricos com maiores vulnerabilidades sociodemográficas. Desde a formalização da ESF, a cobertura de atendimentos no município foi se expandindo.

Entretanto, a ESF apresenta uma trajetória conturbada no município marcada por sua interrupção. No ano de 2008, o Ministério Público Federal (MPF) ajuizou uma Ação Civil Pública por improbidade administrativa contra o então prefeito, o secretário municipal de saúde e a coordenadora da ESF, motivada por ilegalidades no âmbito Executivo, com base na violação dos princípios da administração pública, tais como

honestidade e imparcialidade conforme consta no processo[30]. A partir de então, tornou-se obrigatória a realização de concurso público para a contratação de profissionais para atuarem na ESF (MEDEIROS, 2018).

E com o intuito de suprimir, ainda que parcialmente, a ausência da ESF no município, a Secretaria de Saúde do Município criou, a partir de 2020, um novo modelo de assistência ambulatorial com Unidades Básicas de Saúde funcionando pelo período de 12 horas, dentro das características das equipes da ESF, "trabalhando com população adscrita, equipe multiprofissional e atendimento domiciliar nas áreas mais sacrificadas", visando o aumento da capacidade instalada de seus serviços e, assim, "melhorar o acesso do usuário, com a finalidade de evitar o deslocamento para hospitais" (PMS, 2014-2017, p.50).

A interrupção da ESF se deu a partir de março de 2008 e perdurou até o início do ano de 2014. Para Medeiros (2018), a implantação de outros modelos de assistência e o consequente enfraquecimento da ESF em nível local, conduziu o município a uma via oposta àquela preconizada pelo Ministério da Saúde e por mais que tenha desenvolvido políticas compensatórias[31], o modelo de atenção à saúde, considerado como prioritário para a reorganização da rede de serviços de saúde é o fortalecimento da Atenção Básica e, sobretudo da ESF.

Ao longo dos anos, segundo o Plano Municipal de Saúde, o município de Campos vem priorizando a ampliação da cobertura da ESF. Atualmente a maior parte das unidades ativas funcionam pelo modelo de atendimento misto ou pela ESF, o que em números totaliza 44 das 48 unidades atendendo conforme a Estratégia Saúde da Família, de modo que as UBS tradicionais estão cada vez menos presentes no município. Em 2025, o município conta com apenas 4 unidades deste formato, conforme mostra a tabela 7.

[30] O caso está formalmente registrado sob o número 2008.510.300.1600-6

[31] A Secretaria de Saúde de Campos, a fim de suprimir, ainda que parcialmente, a ausência da ESF, criou a partir de fevereiro de 2010, um novo modelo de assistência ambulatorial com UBS funcionando no período de 12 horas, dentro das características das equipes da ESF, trabalhando com população adscrita, equipe multiprofissional e atendimento domiciliar, visando o aumento da capacidade instalada de seus serviços, facilitando o acesso do usuário reduzindo o deslocamento para hospitais (PMS, 2013).

TABELA 7: Quantidade de estabelecimentos de saúde básica por modelo de funcionamento

TIPO DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	Nº. DE UNIDADES
Unidade Básica de Saúde (UBS)	4
Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF)	21
Unidade Básica de Saúde MISTA	23
TOTAL	**48**

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde

Segundo informações disponibilizadas pela Secretaria de Saúde de Campos, em abril de 2025, a rede de atenção básica do município é constituída por 48 unidades básicas de saúde. Optou-se por fixar essa quantidade e considerá-las no presente trabalho. No quadro 10 estão listadas todas as 48 unidades, divididas pelo modelo de funcionamento, sendo eles: UBS tradicional, UBS mista e UBSF.

QUADRO 10: Rede de estabelecimentos de Atenção Básica de Campos dos Goytacazes em abril de 2025 e população do bairro onde a unidade está inserida

Nº	UBS TRADICIONAL	POPULAÇÃO	UBS MISTA	POPULAÇÃO	UBSF	POPULAÇÃO
1	Baleeira	3.167	Campelo	104	Aldeia	1.480
2	Jockey Club	4.824	Conselheiro Josino	5.316	Cambaíba	337
3	Santa Maria	2.703	Custodópolis	-	Carvão	1.652
4	Sentinela do imbé	-	Dores de Macabu	2.048	Conceição do Imbé	492
5			IPS	2.370	Eldorado	3.658
6			Jardim Imperial	4.487	Felix Miranda	12.820
7			Lagamar	596	Jamil Ábido	3.892
8			Morro do Coco	3.600	Lagoa de Cima	992
9			Palmares	560	Maria Selma	2.852
10			Parque Prazeres	8.843	Mata da Cruz	664
11			Parque Rodoviário	331	Morangaba	3.580
12			Penha	5.928	Parque Aurora	5.369
13			Pernambuca	1.653	Patronato São José	2.852
14			Ponta Grossa	2.368	Poço Gordo	3.740
15			Quilombo	1.320	Ponta da Lama	3.412
16			Santos Dumont	-	Rio Branco	3.515
17			Santa Helena	-	Santa Cruz	1.460
18			São Martinho	1.776	Santa Rosa	2.116

19			Santo Amaro	1.620	São Sebastião	14.577
20			Tocos	8.164	Saturnino Braga	4.964
21			Três Vendas	2.928	Venda Nova	2.776
22			Turf Club	5.462		
23			Vila Nova	3.044		
Total:	**04**		**23**		**21**	

FONTE: Elaboração própria a partir de dados do Perfil dos Bairros, considerando o censo de 2010 e contagem do CCZ de 2018; e informações da Secretaria de Atenção Básica do município.

Os dados apresentados no Quadro 10 são provenientes do “Perfil dos bairros”, documento elaborado pelo Centro de Informações e Dados de Campos (CIDAC), disponível no site da prefeitura do município. Alguns dos bairros presentes no quadro não constam em tal documento e, por isso, não possuem a informação de sua população.

A composição mínima de uma UBS, de acordo com a PNAB 2017, é de médico clínico geral (ou generalista), enfermeiro, técnico de enfermagem, profissionais de apoio como agentes administrativos, recepcionistas e equipe de limpeza. A composição mínima de uma UBSF segue a anterior, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde. Cada uma dessas unidades possui uma ou mais equipes, podendo ser equipe de atenção básica, equipe de saúde da família ou ambas. A distribuição das equipes é realizada de acordo com a população territorial da região da unidade e da demanda.

O quadro 11 mostra a composição das equipes de saúde que atuam no município de Campos dos Goytacazes. As informações foram disponibilizadas pela Secretaria de Atenção Básica do município em abril de 2025.

QUADRO 11: Composição de equipes eAP e eSF no município de Campos, RJ

EQUIPE	PROFISSIONAIS	CARGA HORÁRIA	TETO DE ATENDIMENTO	QUANTIDADE DE EQUIPES NO MUNICÍPIO
eAB	1 médico	20h	2.250 pessoas	40 credenciadas
	1 enfermeiro	20h		24 sendo remuneradas
ESF	1 médico	40h	4.500 pessoas	67
	1 enfermeiro	40h		
	1 técnico de enfermagem	40h		
	1 ACS	40h		

FONTE: Elaboração própria a partir de informações da Secretaria de Atenção Básica do município.

As equipes de atenção básica do município seguem a modalidade I, que deve apresentar a carga horária mínima individual dos profissionais de 20 horas semanais. Para sua composição formal e credenciamento no sistema do governo federal é necessário apenas um médico e um enfermeiro. Tais profissionais podem ser RPA[32] ou concursados. Atualmente o município apresenta 40 equipes credenciadas no sistema, mas apenas 24 dessas equipes estão sendo remuneradas, ou seja, existem profissionais cadastrados formando equipes que no momento estão desativadas.

Para credenciar uma equipe de saúde da família é necessário pelo menos 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 1 ACS, atuando por 40 horas semanais, de segunda a sexta. Além disso, o médico da equipe não pode ser RPA. É obrigatório que sua entrada no serviço público seja via concurso público ou processo seletivo. Em vista disso, a maioria dos médicos das eSF fazem parte do Programa Mais Médicos e Programa Médicos pelo Brasil, segundo informações disponibilizadas pela Secretaria de Saúde em setembro de 2025.

Ambos os programas são políticas do governo federal para a ampliação do acesso à Atenção Primária à saúde em localidades com carência de médicos. A seleção dos profissionais se dá por meio de editais públicos. Os médicos membros dos programas recebem bolsa/remuneração diretamente do governo federal para atuar nas UBSs/UBSFs de regiões determinadas pelo edital e podem receber incentivos e ajuda de custo para moradia e alimentação. A duração varia entre 2 e 3 anos, de acordo com o programa, podendo receber título de médico da família ao concluir.

O município de Campos possui 67 equipes de saúde da família ativas. A tabela 8 apresenta os números de profissionais atuantes nas unidades de Campos. Os dados mostrados foram consultados na plataforma CNES[33] em consulta realizada em dezembro de 2024.

[32] Recibo de Pagamento Autônomo. Profissionais atuam por esse regime recebem como pessoa física que presta serviço para outra pessoa física ou pessoa jurídica.

[33] Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

TABELA 8: Número de profissionais por UBS e UBSF

UBS/UBSF	Nº DE PROFISSIONAIS	UBS/UBSF	Nº DE PROFISSIONAIS
UBS Conselheiro Josino	34	UBSF Jamil Ábido	178
UBS Félix Miranda	19	UBSF Lagamar	27
UBS Guarus	97	UBSF Lagoa De Cima	23
UBS Ponta Da Lama	29	UBSF Morangaba	19
UBS Ponta Grossa	26	UBSF Morro Do Coco	8
UBS Santa Maria	23	UBSF Patronato São José	20
UBS Santo Amaro	21	UBSF Penha	63
UBS Santos Dumont	17	UBSF Poço Gordo	33
UBS São Sebastião	22	UBSF Parque Aurora	33
UBS São Martinho	21	UBSF Parque Imperial	59
UBS Sentinela Do Imbé	9	UBSF Parque Prazeres	37
UBS Tocos	53	UBSF Parque Rodoviário	60
UBS Travessão	124	UBSF Santa Cruz	22
UBS Ururaí	92	UBSF Santa Helena	128
UBSF Aldeia	28	UBSF Santa Rosa	28
UBS Baleeira	17	UBSF São Sebastião	22
UBSF Custodópolis	22	UBSF Saturnino Braga	36
UBSF Dores	23	UBSF Venda Nova	24
UBSF Eldorado	151	UBSF Vila Nova	37
UBSF IPS	150	***	***

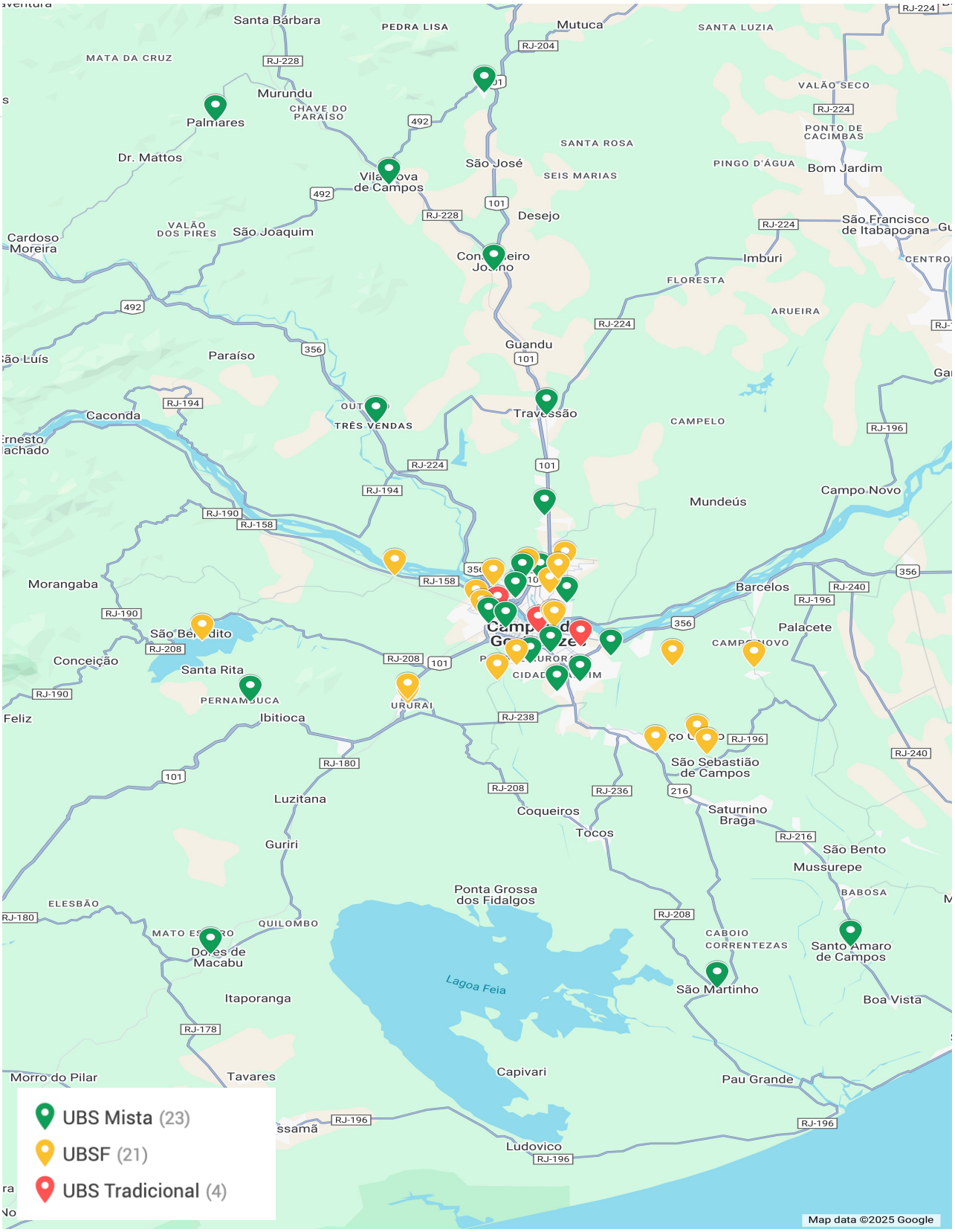
FONTE: Elaboração própria a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Ao observar a tabela acima é possível notar discrepância entre os números de profissionais cadastrados, como é o caso da UBSF Jamil Ábido, UBSF IPS e UBSF Eldorado, respectivamente com 178, 150 e 151 profissionais. Esses números chamaram atenção tendo em conta o tamanho do espaço físico de uma Unidade Básica de Saúde, que dificilmente comportaria essa quantidade de profissionais. Enquanto isso, unidades como UBS Sentinela do Imbé, UBSF Morro do Coco, UBSF Baleeira e UBS Santos Dumont, apresentam, respectivamente, 9, 8, 17 e 17 profissionais cadastrados.

Os equipamentos da rede de serviços de saúde em Campos observados no quadro acima, encontram-se, em sua maioria, concentrados na região central do município, equivalente a Campos dos Goytacazes (sede), entre os 14 distritos existentes.

A seguir, a figura 2 mostra o mapeamento das 48 unidades Básicas de Saúde do município, incluindo as de Saúde da Família. As unidades se encontram agrupadas conforme suas modalidades de funcionamento e diferenciadas por cores de acordo com a legenda.

FIGURA 2: Mapa de Unidades Básicas de Saúde do município de Campos dos Goytacazes em abril de 2025



FONTE: Elaboração própria

O mapa acima, apresentado na figura 2 trata-se de um mapa interativo, sendo possível navegar por ele com opções de: ampliar ou diminuir as imagens; determinar os tipos de estabelecimentos a serem visualizados; alterar as camadas do fundo do mapa, podendo alternar por imagens como mapa tradicional, satélite, relevo, atlas simples e entre outros; medir distâncias e áreas; criar rotas; e consultar o endereço de cada unidade. O acesso pode ser realizado por meio do *link*[34] presente na nota de roda pé desta página ou pelo *QR CODE* disponibilizado nos apêndices deste trabalho.

O desenvolvimento do mapa se deu por meio da plataforma "*my maps"* pertencente ao *Google*. Foi realizado o cadastro de todas as unidades, individualmente, que exigiu informações como o tipo da unidade, o endereço e o *plus code* para maior precisão do local*,* que é uma espécie de "CEP digital" baseado na latitude e longitude, criado pelo *Google* para representar endereços geográficos precisos de locais que não possuem um endereço formal. No momento da realização do cadastro, foi feita a conferência do endereço através de imagens via satélite obtidas pelo *Google Street View*. Tal conferência se fez necessária pois foram encontradas algumas imprecisões nos endereços fornecidos pela Secretaria de Saúde, de modo que eles não coincidiam com as localizações desejadas.

As informações das unidades ativas no município presentes no mapa foram coletadas presencialmente em abril de 2025, no setor responsável pela Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde. É importante ressaltar que, dado ao caráter dinâmico das informações, é possível que tenham sofrido alterações até a presente data.

O capítulo seguinte analisa as relações entre os Poderes Executivo e Legislativo no âmbito municipal, com atenção especial às dinâmicas políticas que se estabelecem "em nome das bases", nos termos de Marcos Bezerra (1999). Partindo das particularidades da política local de Campos dos Goytacazes, o debate busca compreender como se constroem as interações institucionais, os arranjos de apoio e negociações, evidenciando as ações e atuações que ultrapassam a formalidade normativa e se materializam no cotidiano da gestão pública. Ao explorar essas relações, pretende-se revelar de que maneira a execução das políticas públicas de saúde são influenciadas no contexto municipal.

[34]https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=13gRCr21b9idZ5Ieg0qD9EZmbB-oGTU4&usp=sharing

CAPÍTULO III

AS RELAÇÕES ENTRE EXECUTIVO E LEGISLATIVO EM ÂMBITO MUNICIPAL: AÇÕES “EM NOME DAS BASES”

A Constituição Federal de 1988 consolidou o modelo federativo brasileiro estruturado em três níveis de governo e assegurou a autonomia dos municípios. No âmbito municipal, os representantes políticos são: o prefeito, à frente do Poder Executivo; e os vereadores, que compõem as Câmaras Municipais no Poder Legislativo. Prefeitos e vereadores de todo o Brasil são escolhidos por meio de voto popular, em eleições simultâneas, para mandatos de quatro anos. Os mandatos têm origem independente, como é típico do presidencialismo, e a manutenção no cargo, pelo menos em tese, não depende de apoio e alinhamento mútuo. Entretanto, na prática, assim como ocorre nas demais esferas de governo, os prefeitos necessitam do apoio e aprovação da maioria entre os membros do Legislativo para aprovar seus projetos (ROCHA, 2021).

O número de estudos sobre as relações entre os Poderes Executivo e Legislativo no âmbito municipal no Brasil é bem menor se comparado com as pesquisas dessas relações, sobretudo no âmbito federal. A maioria dos trabalhos foca principalmente na análise institucional**,** deixando de lado a influência de dimensões socioculturais e representações sociais como variáveis dos resultados da interação entre os atores políticos. A literatura institucionalista, por sua vez, apresenta poucas investigações sobre a dinâmica política nos municípios. A política municipal geralmente é abordada principalmente, para ilustrar as redes de conexões entre os políticos dos níveis municipal, estadual e federal (LEAL, 2012).

O fortalecimento dos municípios e sua importância da implementação de políticas públicas, a partir da Constituição de 1988, despertou maior interesse na compreensão das relações entre prefeito e vereadores. No entanto, a maior parte dos estudos sobre a temática trata-se de estudos de caso de diferentes municípios brasileiros, e dessa forma, as conclusões obtidas não podem ser generalizadas para

todos os municípios (ROCHA, 2021). Em vista disso, podemos dizer que ainda sabemos pouco sobre as relações e interações entre prefeito e vereadores no Brasil.

A relevância da esfera municipal nas relações políticas pode ser encontrada em estudos clássicos da literatura política brasileira. Marcos Otávio Bezerra (1999), através de sua obra “Em Nome das Bases: Política, favor e dependência pessoal”, investiga as relações sociais em torno da atuação dos parlamentares em busca de liberação de recursos públicos federais para suas bases eleitorais nos municípios. Analisa os complexos laços entre as lideranças políticas locais, principalmente prefeitos, parlamentares e autoridades governamentais, ou seja, as relações entre os poderes “local” e “central”.

O autor constatou que a atuação dos parlamentares federais no processo de elaboração do Orçamento Anual da União é fortemente orientada para a transferência de recursos federais às suas bases eleitorais nos municípios. A ligação dos parlamentares com seus municípios e a preservação de suas redes políticas locais são fatores-chave para compreender a dinâmica política a nível federal. Ainda que o foco principal da obra esteja voltado para os deputados federais, o que acontece a nível municipal não se difere tanto. A principal diferença para o âmbito municipal, para Couto e Abrucio (1995), é que a nível local os vereadores não dispõem de poder de veto semelhante àquele presente no Congresso Nacional.

É comum em muitas cidades brasileiras que os parlamentos locais não sejam caracterizados por práticas democráticas e universalistas. Parte da literatura sobre processo decisório no âmbito municipal descreve a relação entre prefeitos e vereadores a partir da ideia de abdicação e subordinação/cooptação. Nessa perspectiva, as câmaras municipais são retratadas como instituições frágeis e os vereadores aparecem como atores políticos com reduzidas prerrogativas decisórias, concentrando sua atuação em práticas assistencialistas de alcance limitado e baixo impacto na vida da população (ANDRADE, 1998; LOPEZ. 2004; GRIN, 2012).

Esse cenário costuma ser atribuído à presença de uma suposta cultura política assistencialista difundida entre vereadores e eleitores; ou mesmo às fragilidades institucionais que caracterizam boa parte das câmaras municipais no Brasil. Entretanto, essas interpretações, em boa medida, são frutos de estudos de casos que não oferecem base empírica suficiente para sustentar generalizações amplas sobre as relações entre prefeitos e vereadores de todo país. Ainda que haja fortes indícios que apontem para a difusão do governismo entre os parlamentares municipais, a

heterogeneidade dos contextos locais e das condições em que se exerce a representação política nos milhares de municípios brasileiros, impõe a necessidade de problematizar aquilo que frequentemente é tomado como pressuposto (ROCHA, 2021).

Neste sentido, para Souza (2004), a baixa visibilidade nos mandatos de vereadores contribui para a busca de diferenciação por meio da transferência de recursos localizados. Ou seja, os parlamentares acabam priorizando o atendimento as demandas da comunidade, em vez de se concentrarem nas atividades legislativas.

É importante reforçar que, observar a conexão eleitoral em sua dinâmica prática e avaliar em que medida a atuação do vereador em suas bases se converte em votos na eleição seguinte, é uma tarefa complexa. Reforço que não é o objetivo do presente trabalho analisar conexão eleitoral, e nem suas correlações. Todavia, para compreender as relações entre Executivo e Legislativo a nível municipal, é fundamental analisar tanto as práticas cotidianas dos vereadores quanto o conjunto de expectativas compartilhadas pelos eleitores.

Na busca por compreender essa dinâmica de forma prática, observamos a atividade cotidiana de parte dos vereadores do município de Campos dos Goytacazes (RJ). É facilmente perceptível que práticas como atendimento aos eleitores nos gabinetes da Câmara Municipal, mediação para solução de problemas diversos e encaminhamento de demandas de caráter pessoal, são muito comuns na rotina desses atores políticos. Frequentemente os vereadores lidam com uma infinidade de solicitações e pedidos, em sua maioria para benefícios concentrados (SANTOS, 1995) de seus eleitores, que vão desde a marcação de exames, consultas médicas e vagas para internação em hospitais, obtenção itens para uso pessoal como fraldas, remédios, cadeiras de rodas; até materiais de construção e serviços como limpeza de fossas e esgotos.

A atuação direta junto às suas bases eleitorais constitui uma estratégia de manutenção de apoio político, a qual os vereadores utilizam recursos públicos e intermediações pessoais para reforçar sua presença política local. O atendimento às demandas de seus eleitores, sejam elas individuais ou coletivas, apresenta potencial de retorno eleitoral, cuja correlação é parte dos estudos da literatura específica da ciência política que pesquisa as conexões eleitorais, que não é o foco dessa tese. Entretanto, por não possuírem autoridade ou recursos suficientes para responder as expectativas de seus eleitores, os legisladores acabam em um lugar de dependência

e subordinação ao prefeito (LOPEZ, 2004). Neste sentido, os vereadores se veem frequentemente tendo que assumir um lugar entre: apoiar o prefeito e ignorar as possíveis irregularidades cometidas na administração municipal, garantindo, dessa forma, o acesso aos recursos públicos. Ou se opor ao prefeito e encarar dificuldades no atendimento aos seus eleitores, que por sua vez, e em sua maioria, não valorizam as duas principais funções do Legislativo: legislar e fiscalizar.

Nessa perspectiva, os partidos políticos apresentam um papel secundário na orientação do comportamento, tanto dos eleitores, quanto dos vereadores, assim como na coordenação política. Dessa forma, o apoio é construído e mantido de forma individual, ou no máximo, por meio da configuração de grupos (ROCHA, 2021). Um exemplo disso são as frequentes trocas de partidos políticos pelos vereadores do município de Campos, seja entre um mandato e outro, em período de campanha, ou mesmo durante o exercício de seu mandato.

Estudos realizados em diferentes estados brasileiros nos mostram resultados semelhantes. Kuschnir (2000), através de seus estudos sobre a política no município do Rio de Janeiro, destaca o papel do vereador: de um lado, mediar seus eleitores com suas respectivas demandas; e de outro, o Poder Executivo. A autora nos traz mais um exemplo de um político do legislativo municipal que utiliza de seu cargo para operar com os “acessos” promovidos pela política, para atender as necessidades do seu reduto eleitoral. A autora inscreve o político como um mediador cultural, o elo que liga uma comunidade com as instituições e agentes diversos da burocracia.

Almeida e Lopez (2011) analisaram diferentes municípios do estado de Minas Gerais e afirmam que a subordinação do Legislativo ao Executivo, de modo que o prefeito controla a agenda legislativa, enquanto os vereadores entendem que o apoio ao prefeito é fundamental para o atendimento das demandas de seus eleitores. Essa constatação vai de encontro com Neto (2003), que concorda que na maioria das vezes, os vereadores renunciam a suas prerrogativas formais de fiscalizar e legislar porque dependem do prefeito para atender as demandas de seus eleitores. Para o autor, os Legislativos municipais são órgãos homologadores das decisões do Executivo.

Ao considerarmos a ideia trazida por Caetano (2004), a partir de seu estudo de caso realizado no município de São Paulo, de que os vereadores se concentram principalmente em projetos de leis particularistas e de baixo impacto, reforçamos a tese de que o Executivo é o principal responsável pela legislação de maior relevância

e abrangência municipal. No entanto, ainda seria necessário investigar outras formas pelas quais os vereadores conseguem se fortalecer na barganha com o Executivo, como a apresentação de emendas às propostas do prefeito e os mecanismos informais de atendimento as demandas dos eleitores (ROCHA, 2021; CAETANO, 2004).

Estudiosos da dinâmica política e do processo decisório no nível municipal (LOPEZ, 2004; GRIN, 2012) concordam que os vereadores se concentram, principalmente, em atividades voltadas para o atendimento de seus eleitores. Essas atividades são frequentemente classificadas como assistencialismo, clientelismo e paroquialismo, termos usados para descrever a distribuição de benefícios individuais como estratégia para garantir o apoio e a lealdade dos eleitores. Para Santos (2001), essas práticas são predominantes entre os vereadores fluminenses em suas relações com a população. Para muitos desses representantes, a oferta de serviços sociais é parte fundamental de seus mandatos. Entretanto, todas essas conclusões são resultado de estudos de caso em alguns dos milhares de municípios brasileiros, e não são capazes de fornecerem subsídios para afirmações mais abrangentes sobre as relações.

A partir das discussões que envolvem os estudos do Poder Legislativo municipal, o presente estudo, em boa medida, volta seu olhar para a atuação dos parlamentares do município de Campos dos Goytacazes, na perspectiva de suas atividades representativas, que envolvem as interações entre os mandatários e seus eleitores, bem como entre os políticos e suas bases de apoio. Refere-se às relações estabelecidas entre o representante e seu reduto eleitoral, manifestadas por meio de suas ações legislativas (como normas institucionais, políticas públicas, homenagens), tomadas de decisões político-ideológicas (discursos e posicionamentos) ou pela prestação de serviços à comunidade.

3.1 Dinâmicas Representativas e Incentivos Políticos

A conexão eleitoral tem origem nos trabalhos desenvolvido por Mayhew (1974) e Downs (1957) que enfatizam a importância das eleições e seu papel como fator decisivo no comportamento dos políticos. A arena eleitoral influenciaria os trabalhos dos parlamentares no âmbito legislativo. Dessa forma, a atuação desses atores na

arena legislativa seria uma consequência da necessidade de ganhar as eleições, utilizando os partidos políticos como instrumento para atingir seu objetivo. Os candidatos desenvolvem relações personalistas com suas bases eleitorais, focadas em seus redutos políticos, fora do âmbito partidário. Nessa perspectiva, percebe-se a supressão das regras através da informalidade com a conivência do Executivo.

Neste sentido, os parlamentares agem conforme o objetivo de aumentar suas chances de reeleição. Para isso, suas ações são movidas pela necessidade de apontar benefícios aos seus redutos eleitorais, de modo que seus objetivos estejam voltados a atender as expectativas dos seus eleitores. Nestes termos, a arena eleitoral condicionaria o comportamento dos políticos na segunda arena, que é a legislativa. Dessa forma, a atuação dos políticos na arena legislativa seria uma consequência funcional da necessidade de ganhar as eleições.

No caso de ações e serviços destinados a beneficiar as bases eleitorais possuírem papel importante na sobrevivência dos políticos, eles tendem a voltar suas ações e decisões políticas aos seus redutos eleitorais (CAIN, 1987). O autor Anthony Downs (1957) defende que um ator político age de forma consciente para obtenção de interesses, sejam eles econômicos ou políticos. Tendo as eleições como o principal mecanismo de legitimar seu poder em sociedades democráticas, Downs acredita que o objetivo principal desses atores é a maximização de suas chances de reeleição. Desse modo, o exercício de sua função estaria restrito apenas a uma consequência do desejo privado de se manter no poder.

Segundo David Mayhew (1974), existem três atividades principais desenvolvidas pelos representantes em seus mandatos com o objetivo de se reeleger, sendo elas: *advertising, position taking* e *credit claiming*. A primeira delas, “advertising”, consiste na publicização de sua reputação pessoal. A busca por manter uma boa reputação, criando uma imagem positiva a partir do reforço de seus atributos. A segunda forma, “position taking”, consiste na tomada de posição a favor de seu eleitorado. E a terceira forma, “credit claiming”, os parlamentares buscam reconhecimento, tomando o crédito por políticas e benefícios públicos ou privados.

Para Carvalho (2003), a hipótese de que a arena onde ocorrem as eleições repercute no trabalho legislativo mostra-se pertinente. Portanto, diferentes incentivos eleitorais configuram comportamentos políticos distintos, ora paroquiais, ora universalistas.

3.2 As relações Executivo-Legislativo em Campos dos Goytacazes: uma análise a partir dos bastidores da política local

A percepção do prefeito como principal ator político a nível municipal é bastante aceita, seja por suas prerrogativas decisórias e pelo conjunto de recursos que ele controla, ou devido as fragilidades institucionais apresentadas pelas câmaras municipais (ANDRADE, 1998). Por outro lado, é de competência do Legislativo Municipal legislar sobre áreas essenciais como saúde e educação, alterar o orçamento, propor alterações em projetos de lei realizados pelo prefeito, além da fiscalização do município e aprovação das contas do prefeito.

A relação entre Executivo e Legislativo no município de Campos, assim como em muitos outros municípios do país, é marcada por uma dinâmica de interdependência política, que reflete as práticas clientelistas e assistencialistas presentes na política local. Apesar de escassos, os estudos existentes sobre os Legislativos municipais (CHERMONT, 2001; NETO, 2003) revelam uma maioria governista, principalmente em municípios de pequeno e médio porte, em diversas regiões brasileiras.

No município de Campos não é diferente. Ao analisarmos as votações da Câmara municipal nos últimos anos, a maioria dos votos foram alinhados ao Executivo, principalmente quando se trata de votações orçamentárias e projetos do prefeito. As LOAs de 2025 e 2024 são bons exemplos. A primeira foi aprovada com maioria de 18 votos a favor e 4 votos contra[35], e a segunda com 16 votos a favor contra 8 abstenções[36].

Entretanto, essa maioria governista não é totalmente estável. A base governista do município sofreu fortes fissuras e rachas no ano de 2019, resultando na não aprovação do orçamento de 2020 pela maioria da Câmara no governo do então prefeito Rafael Diniz, e a contestação e/ou rejeição de uma série de propostas do Executivo. Esse período foi noticiado pela mídia como “a racha na base governista”[37].

Boa parte do poder municipal e da iniciativa de gestão encontram-se nas mãos do prefeito. Trata-se da capacidade discricionária de fazer ou não, sem a necessidade de prestar contas à sociedade, salvo durante período de campanha eleitoral (COUTO;

[35] Ver em: https://campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id_noticia=93187&utm_source
[36] Ver em: https://j3news.com/2024/01/24/camara-de-campos-aprova-loa-2024-com-abstencao-de-oito-vereadores-da-oposicao/?utm_source
[37] Ver em: https://www.folha1.com.br/_conteudo/2019/12/politica/1256101-ao-vivo-camara-vota-orcamento-de-2020-em-meio-a-racha-na-base-governista.html?utm_source

ABRUCIO, 1995). Os autores Couto e Abrucio (1995), consideram que o governo municipal é como um poder sem contrapesos, com ausência de mecanismos de controle. Embora exista o poder Legislativo, representado pela Câmara de Vereadores, essa é uma instituição com papel pouco relevante nas funções do governo.

O processo decisório, especialmente no que diz respeito a políticas públicas, é moldado por uma série de fatores políticos e institucionais que refletem na centralização de poder nas mãos do prefeito, que por sua vez, detém não apenas a autoridade sobre a administração pública, mas também o controle sobre boa parte dos recursos financeiros e a distribuição de "benefícios", como emendas parlamentares, programas assistenciais, cargos públicos e entre outros. Ao mesmo tempo, o Legislativo frequentemente se apresenta como dependente desse poder centralizado, para garantir a manutenção do apoio político e de suas bases eleitorais.

Ao analisar as relações entre Executivo e Legislativo em âmbito municipal, Lopez (2014) afirma que os vereadores se encontram constantemente na dualidade entre: apoiar o prefeito e "fechar os olhos" para algumas das irregularidades cometidas, para assim garantir acesso a recursos públicos; ou se apresentar em oposição ao prefeito e ter de lidar com inúmeros obstáculos no atendimento às demandas de suas bases eleitorais.

No que diz respeito as bases eleitorais, é comum entre os vereadores a percepção do atendimento aos seus eleitores como parte de suas atribuições como ator político. Isso se dá principalmente por acreditarem que as funções de legislar e fiscalizar não sejam consideradas pela maioria de seus eleitores. Em vista disso, tendem a priorizar outras atividades com maiores chances de retorno eleitoral, sendo a principal delas o atendimento as demandas individuais e coletivas de suas bases.

Ao trazermos tais apontamentos para o campo desta tese, tem-se que, a partir de visitas a Câmara Municipal e entrevistas a vereadores e ex-vereadores, foi possível observar que o atendimento à população e a escuta de suas demandas é muito comum, ainda que não seja garantia de que seja respondida. Durante o momento de entrevistas, ouvimos de um ex-parlamentar de Campos que, apesar de ter em mente a importância da atuação legislativa na criação de leis e fiscalização, essas ações geralmente não são de conhecimento da maior parte da população. Ele acredita que a maioria dos eleitores do município não acompanham e/ou não tem conhecimento do que acontece "dentro" da Câmara, e nem sequer sabem a posição

tomada pelos vereadores nas votações durante as sessões. E por isso, afirma que “infelizmente, não adianta só fazer um bom trabalho” [para o município] e destaca a necessidade de se dedicar também no atendimento aos eleitores, “tomar um café junto e ouvir o que ele [eleitor] tem a dizer”. Reforça que “isso tem que ser feito”, embora muitas vezes não seja possível atender as demandas que recebe.

Para Kuschnir (2000), os eleitores enxergam os parlamentares como figuras que devem tratar do interesse público, ao mesmo tempo em que também devem tratar de suas demandas particulares. Por conseguinte, os vereadores concebem essa função de intermediação como umas das principais “atribuições” do cargo legislativo, uma vez que sua sobrevivência política está em jogo. Dessa forma, todos os vereadores mantêm algum tipo de contato com o prefeito já que essa é a principal via de acesso aos recursos públicos fundamentais para o atendimento às demandas de seus eleitores.

O que se busca evidenciar neste trabalho é uma prática comum no munícipio, que é o rateio de alguns dos equipamentos de saúde pública, principalmente na Atenção Básica com as UBSs, cuja condição de partilha é, em boa medida, uma prerrogativa do Executivo. Em outras palavras, trata-se de um *modus operandi* em que o prefeito se vale da “distribuição” das unidades básicas de saúde entre os vereadores que lhe oferecem apoio político. Por conseguinte, o vereador torna-se meio que o “dono” daquela UBS, e com isso adquire alguma ingerência sobre aquele equipamento de saúde pública, o que lhe alocar profissionais de sua base eleitoral para atuar na unidade, incluindo a indicação do gerente (o “encarregado”). Com efeito, a atribuição de indicar parte dos profissionais (que atuarão na ponta, como burocratas de nível de rua) daquela unidade dá ao vereador a possibilidade de atendar algumas das demandas da sua comunidade, como por exemplo o agendamento de consultas e exames sem ter que passar pela fila de espera.

Dessa forma, o prefeito pode acabar assumindo um papel de “coordenador” das políticas públicas, e ainda o controle dos orçamentos municipais, o que por sua vez, lhe confere um poder considerável sobre as decisões políticas e sobre o destino de recursos públicos, sejam estes monetários ou não.

Esse modelo centralizado confere ao Executivo a capacidade de influenciar diretamente a dinâmica legislativa, criando um ambiente no qual o Legislativo se torna “dependente” dos recursos e do apoio do prefeito para garantir suas atividades e reeleições. Nos municípios brasileiros, o Executivo tende a ter maior capacidade de

mobilização de recursos e formulação de políticas públicas, o que coloca os vereadores em uma posição de subordinação política, que se reflete na gestão das cidades e na interação com o eleitorado (LIMA, 2002).

Ao analisar especificamente o caso do município de Campos, Souza (2004) aponta o poder ampliado do Executivo municipal de distribuir recursos em virtude da grande receita orçamentária do município. A partir disso, os parlamentares de situação podem ser facilmente controlados pelo Executivo, trocando a consecução de seus objetivos individuais pela não-participação na formulação das diretrizes governamentais, interferindo, na prática, no princípio da independência entre os poderes.

3.3 A construção de uma maioria situacionista na Câmara de Vereadores

Uma constante entre os chefes do Poder Executivo municipal de diferentes regiões do Brasil é o esforço político em poder contar com a maioria dos vereadores como situacionistas, ou seja, apoiadores do seu governo. Esse é um aspecto crucial para a governabilidade e para a implementação de políticas públicas no âmbito municipal.

Essa relação entre o Executivo e o Legislativo desempenha um papel determinante na efetividade da gestão municipal, dada uma série de poderes e atribuições que a Câmara de Vereadores exerce sobre o prefeito. Esses poderes visam principalmente controlar e fiscalizar a administração municipal, além de assegurar que o Executivo atue conforme os limites legais e de acordo com as necessidades da população. O caso de Campos dos Goytacazes não se difere dos demais municípios brasileiros.

A manutenção de um cenário onde o prefeito possui uma relação positiva e de apoio mútuo com a maioria dos vereadores, traz como consequência uma série de benefícios ao Executivo, uma vez que a aprovação de leis, projetos e o controle das finanças públicas, muitas vezes dependem da colaboração entre esses dois poderes. Mas, ao mesmo tempo, implica em uma elevação dos custos da barganha.

Um desses benefícios é a maior facilidade na aprovação de projetos e leis. Tendo o apoio da maioria dos legisladores da Câmara Municipal, o prefeito apresenta condições mais efetivas para aprovar seus projetos de lei e propostas, que vão desde

programas de saúde e educação, a projetos que envolvam o orçamento, e que podem ser discutidos e aprovados com maior agilidade, permitindo uma gestão alinhada com seus interesses, sendo eles individuais ou coletivos.

A Câmara de Vereadores, entre tantas funções, é a responsável pela aprovação do orçamento municipal. Ter a maioria[38] dos vereadores como aliados facilita a negociação e a aprovação de recursos fundamentais para a realização de investimentos em diversas áreas da administração pública. Além disso, também é a Câmara de Vereadores a responsável pela aprovação das contas do prefeito, sendo essa uma de suas atribuições de maior relevância. Anualmente, as contas de gestão são enviadas ao Legislativo após a conclusão do exercício financeiro. Dessa forma, a Câmara assume o papel de avaliar, podendo aprovar ou rejeitar, as contas de gestão do prefeito. Em casos de não aprovação, o prefeito pode ser responsabilizado[39] e até mesmo punido, sendo impedido de disputar novas eleições (BRASIL, 1988).

Assim como ter a maioria dos vereadores, a presidência da Câmara também se apresenta como peça-chave e de grande relevância para o prefeito. Afinal, o presidente da Câmara de Vereadores é quem apresenta maior influência sobre a agenda legislativa. É ele quem define a ordem e o ritmo com que os projetos são discutidos e votados. Ter seu apoio pode acelerar a tramitação de projetos, fazendo com que sejam priorizados na agenda legislativa e evitando longos períodos de espera e possíveis obstruções. Além disso, o presidente da Câmara é o responsável por indicar e nomear os membros efetivos das comissões da Câmara, assim como seus respectivos suplentes. Tais comissões desempenham um papel fundamental na análise e pareceres sobre projetos de lei (CAMARA, 2024). Com o apoio do presidente, o prefeito pode ser capaz de influenciar a composição dessas comissões, garantindo que pessoas alinhadas ao governo participem das discussões mais importantes e ajudem a acelerar a tramitação de projetos ou até mesmo a neutralizar a oposição em determinados temas, sendo essa mais uma vantagem de ter seu apoio.

É importante destacar que esse tipo de relação de apoio entre Executivo e Legislativo é interessante, não apenas para o Executivo como descrito anteriormente, mas também traz benefícios relevantes os membros do Legislativo, considerando que

[38] Nesse, e em alguns outros casos, é necessário mais do que maioria, mas dois terços da Câmara de Vereadores.
[39] Ver em: art. 1º, I, g, da Lei Complementar nº 64, de 18 de maio de 1990.

o prefeito exerce uma série de poderes sobre os vereadores no contexto político e administrativo. Dito isso, buscou-se compreender como se dá, na forma prática, a dinâmica de negociações entre o Executivo e o Legislativo municipal, a fim de poder usufruir desses benefícios descritos anteriormente.

3.3.1. A dinâmica da relação entre o Prefeito e os Vereadores Situacionistas em Campos dos Goytacazes

A importância em se ter uma maioria na Câmara de Vereadores, é algo inconteste para qualquer governo. Essa relação de apoio entre o Executivo e o Legislativo municipal pode ser caracterizada como uma parceria estratégica, com o objetivo beneficiar ambos os lados, tanto o prefeito quanto os vereadores. Entretanto, é uma relação marcada por uma série de negociações políticas e barganhas, que envolvem desde a distribuição de recursos, a benefícios e apoio político, que por sua vez podem apresentar implicações positivas e/ou negativas para a administração pública.

Esse tipo de interação pode ser definido como uma negociação do tipo “ganha-ganha” (também conhecida como negociação integrativa ou de colaboração). Nesse tipo de negociação as partes envolvidas buscam soluções que atendam aos interesses de ambas as partes, promovendo benefícios mútuos e evitando que uma parte saia prejudicada (FISHER, 2011). De acordo com o autor, objetivo principal das negociações “ganha-ganha” é maximizar o benefício para todos os envolvidos, permitindo que todos saiam "ganhando".

Dessa forma, o prefeito busca o apoio do Legislativo para suas políticas e projetos; enquanto os vereadores, ao apoiarem o governo, buscam consolidar suas bases eleitorais e garantir recursos capazes de atender as demandas de seus eleitores (ABRANCHES, 1994). Aí que entra o que se denomina aqui, como sendo uma espécie de “rateio dos estabelecimentos de saúde”, cumprindo a função de alimentar a relação do Executivo para com o Legislativo, para que este segundo agrade suas bases, enquanto o prefeito, por sua vez, se beneficia do apoio e aprovações por parte do Legislativos.

Outra particularidade observada no município, revelada a partir das entrevistas realizadas, refere-se à prática de “distribuição de cargos” pelo Poder Executivo a

determinados membros do Legislativo e a seus respectivos grupos políticos. É comum que o prefeito ofereça determinados “benefícios”, como por exemplo a chefia de secretarias municipais, a vereadores com os quais mantém relações de cooperação ou interesses políticos. Quando o parlamentar aceita o convite e assume o cargo de secretário, ele geralmente mantém sob sua influência os cargos vinculados ao seu gabinete na Câmara (como assessores e funcionários administrativos), ainda que, formalmente, deixe de exercer o mandato. Assim, mesmo com a posse do suplente, o vereador que passa a ocupar a secretaria continua “abrigando” sua equipe na estrutura legislativa, sem a necessidade de dispensá-la.

Ao suplente, cabe o desafio de reconquistar o controle político sobre o gabinete, buscando adquirir a confiança e o engajamento dos profissionais que, em muitos casos, permanecem alinhados ao vereador licenciado, que foi quem lhes concedeu aquele espaço. Tal situação costuma gerar tensões internas e acaba fragilizando a autonomia do novo ocupante do mandato, que por sua vez, enfrenta dificuldades em implementar suas próprias estratégias e agendas políticas.

Essa dinâmica evidencia mais um exemplo de práticas recorrentes no município em que os cargos públicos são utilizados como instrumento de manutenção de lealdade e poder.

3.3.2. Os caminhos para uma maioria de Vereadores Situacionistas

A relevância da pesquisa qualitativa (Costa, 2016) para o desenvolvimento deste trabalho reforça o peso das observações informais, entrevistas não estruturadas e a análise de narrativas, para entender as relações informais que moldam as políticas públicas. Dessa forma, na busca de compreender como ocorrem as negociações entre o prefeito e vereadores, no município de Campos dos Goytacazes, conversamos com alguns ex-assessores políticos dispostos a compartilhar características e particularidades da política campista, que optou por não ser identificado.

Apesar de ter atuado durante longos anos na política municipal, como assessor de um ator político de relevância para o município, atualmente não exerce mais a função e não trabalha no meio político. Para manter a identidade do entrevistado, utilizamos o termo “entrevistado” para fazer referência ao mesmo.

O primeiro ponto a ser questionado foi o sistema de “distribuição” das unidades básicas de saúde. Foi informado que, com o objetivo de conseguir o apoio dos vereadores, o ocupante do cargo de prefeito[40] concede “espaço” aos vereadores, principalmente nas regiões onde o vereador em questão apresenta maior quantidade de votos. Esses “espaços” podem ir muito além de unidades básicas de saúde, podendo ser nomeações para cargos de secretário, subsecretário e outros cargos de confiança; assim como vagas de RPA e DAS. Ou “*até mesmo uma secretaria com todos os cargos que ela compreende, desde o vigilante até o próprio secretário*”.

A partir disso, podemos considerar que, uma das maneiras de ocupar o lugar de “dono” de uma UBS é através da negociação com o prefeito. É interessante salientar que, “*é mais comum que a UBS seja concedida por meio de um “pedido” do vereador, e não oferecida pelo prefeito*”.

Dessa forma, através da unidade de saúde, o vereador torna-se capaz de oferecer a sua base eleitoral “vantagens” e prioridade no atendimento realizado naquela unidade. Em outras palavras, o vereador, ao aceitar os termos e as condições da negociação com o prefeito, passa a assumir, ainda que informalmente uma UBS.

O ator político, ao “possuir” este tipo de equipamento capaz de oferecer serviços públicos a população, pode se beneficiar de diversas formas para a manutenção de seu eleitorado. Uma delas é através da indicação de pessoas de seu interesse para ocupar cargos na unidade; além de “fura-filas” para atendimentos de saúde para seus eleitores. Dessa forma, o ator político assume o papel de agente que opera na ponta, na burocracia do nível de rua. E recrudescendo mais a discricionariedade por meio dos encarregados.

Foi esclarecido ainda que, para ser “dono” de uma UBS, não é necessário ser um vereador eleito. Existem casos em que o “dono” é um ex-vereador; e até mesmo uma figura influente na comunidade em que a UBS está inserida. Quando ocorre de o “dono” não ser um vereador da atual gestão, estes “*precisam concorrer a eleição, mesmo sabendo que não vão ser eleitos*”. A disputa, nesses casos é importante para “*somar (votos) na nominata*” e garantir sua permanência na “gestão” da UBS. Quanto mais votos apresentar, maiores são as chances de ter seu pedido atendido.

[40] Nesse momento, o termo “prefeito” é utilizado para fazer referência a figura ocupante do cargo de chefe do Executivo, independente dos anos de gestão. Não foi realizado nenhum tipo de acusação ao atual prefeito, tampouco a ocupantes do cargo nos anos anteriores.

Foi informado que as negociações feitas entre Prefeito *versus* Vereadores, são modificadas em momentos de votações de maior peso, consideradas mais relevantes, de maior repercussão e impacto para a sociedade. Nesses casos de votações mais "polêmicas", que podem gerar prejuízos a imagem do vereador perante a população, votar a favor tem um "preço mais elevado". Um exemplo é a votação para o aumento de impostos. Em situações como essa, o acordo com o prefeito é renegociado e a outra parte pode exigir ainda mais benefícios e ou recursos.

3.4. A dinâmica da relação entre o Prefeito e os Vereadores de oposição

Sabendo que os vereadores da base do governo recebem inúmeros benefícios em troca de seu apoio, buscou-se entender um pouco mais da relação do prefeito, dessa vez com os vereadores de oposição. Ou seja, o que leva a um vereador se posicionar contra o governo Executivo vigente.

Os principais motivos encontrados na literatura (FIGUEIREDO e LIMONGI, 1999; LIMA, 2013) que levam um vereador a se posicionar contra o governo municipal vigente, podem ser: por divergências ideológicas ou partidárias; descontentamento com a gestão do prefeito; rivalidades pessoais; ou construção de base eleitoral própria.

Ao se estabelecer como oposição ao governo vigente, os parlamentares detêm de autonomia para agir conforme suas próprias convicções, principalmente em contexto de votação na Câmara; liberdade para expressar suas opiniões a respeito do cenário político, ainda que contrárias ao governo; apresentar denúncias de possíveis falhas do mandato do Executivo; além da liberdade para exercer sua competência de fiscalizar o poder Executivo, apresentando cobranças ao prefeito, investigando e denunciando possíveis irregularidades.

Entretanto, é alto o preço a ser pago por essa "liberdade" dos parlamentares de oposição, que muitas vezes encontram dificuldades para exercerem sua função no Legislativo pelo fato de escolherem não apoiar o governo.

Segundo um dos entrevistados, é comum no município de Campos, a figura do prefeito "orientar" as secretarias e demais órgãos públicos locais a não atenderem pedidos e solicitações oriundas dos gabinetes de oposição, prejudicando estes vereadores a atender as demandas de seus eleitores. Nesses casos, as indicações

legislativas realizadas pelos gabinetes de vereadores de oposição deixam de ser atendidas. Ele relata que "*são coisas pequenas, comuns da população pedir e fáceis de serem resolvidas*" e cita como exemplo os pedidos de poda de árvores; troca de lâmpadas da iluminação pública; e até mesmo a colocação de "quebra-molas" nas ruas.

O atendimento às demandas da população também é prejudicado ao se posicionar contra o governo, já que não podem contar com o apoio e nem com os recursos que podem ser oferecidos pelo Executivo. Entretanto, com intuito de "suprir" tais e recursos advindos do Executivo, os vereadores de oposição buscam outras fontes de apoio para os ajudar a cumprirem suas atividades políticas, sendo estas formais ou não. Geralmente esses "apoiadores" são figuras políticas de instâncias mais elevadas ou até mesmo aspirantes a cargos políticos, como o de chefe do executivo municipal.

No capítulo a seguir, trataremos da política no caminho das políticas públicas, principalmente, as de saúde. Serão analisados os papeis exercidos pelos atores políticos e pelos burocratas do nível de rua, mostrando como suas ações podem influir sobre os resultados das políticas públicas.

CAPÍTULO IV

OS "ENCARREGADOS DA ATENÇÃO BÁSICA": A POLÍTICA NA ROTA DA POLÍTICA PÚBLICA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES

Este capítulo parte do desenho das relações entre os poderes Executivos e Legislativos, no âmbito municipal, e as interações formais e informais entre o prefeito e os vereadores. Ao longo do texto que procuro desenvolver neste quarto capítulo, busco tratar do cotidiano observável nas Unidades Básicas de Saúde em Campos dos Goytacazes, de modo que possa compreender as questões relativas as práticas profissionais atreladas aos responsáveis por estes equipamentos públicos, os tais encarregados. É neste campo de observação que se pretende destrinchar como ocorrem as interações destes encarregados – alçados aos cargos (ou não) por vereadores –, com os demais profissionais, atores políticos e com os usuários dos serviços públicos de saúde local, tendo em vista que sua capacidade discricionária e tomada de decisões, mesmo aquelas que são definidas por terceiros, moldam a implementação da política pública em questão.

Weirich et al. (2009) descreve a gerência das UBS como cenário onde os problemas podem ser identificados, atendidos ou encaminhados para outros níveis de atenção, sob responsabilidade direta da gerência, assegurando a articulação adequada entre fluxo e contrafluxo na Rede de Atenção à Saúde. Entretanto, as fragilidades na capacidade gerencial podem restringir o acesso aos serviços de saúde; favorecer a centralização das práticas em princípios administrativos tradicionais ou defasados; e dificultar tanto a organização de dados, quanto o planejamento das ações. O resultado dessas limitações tende a ser a insatisfação dos usuários dos serviços de saúde da UBSs, ocorrência de conflitos interpessoais e aumento da carga de trabalho dos profissionais.

A PNAB 2017 reforça a necessidade da gerência local e recomenda a inclusão de um profissional para exercer a função de Gerente de Atenção Básica (encarregado) "*com objetivo de contribuir no aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas UBSs, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial*" (PNAB, 2017, item 4.2.5). Entretanto, a inclusão deste profissional deve ser

avaliada pelo gestor, de acordo com a necessidade do território e cobertura da AB. Ou seja, pela regra é permitida essa função na unidade, porém, não obrigatória. A depender de cada caso, levando-se em conta o raio de abrangência do equipamento público de saúde.

Por se tratar de um serviço de caráter estratégico, é interessante que as Unidades Básicas de Saúde sejam administradas de modo a cumprir plenamente sua responsabilidade sanitária e social. A incorporação do cargo de gerente às equipes de Atenção Básica é um dos principais avanços da última revisão da PNAB, contanto que sejam utilizados critérios técnicos para a seleção destes profissionais.

Apesar de não ser um cargo obrigatório, até o presente momento, todas as UBSs do município de Campos dos Goytacazes contam com um encarregado, incluindo as unidades que atendem apenas pela Estratégia Saúde da Família.

A PNAB entende por gerente de atenção básica:

> (...) um profissional qualificado, **preferencialmente com nível superior**, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica (PNAB, 2017, item 4.2.5). (grifo nosso)

Suas atribuições, são listadas em quinze itens (I a XV do item 4.2.5), que vão desde organizar e acompanhar o processo de trabalho na unidade e planejar ações de saúde, até "*exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências*" (XV do item 4.2.5). A PNAB veda, para o cargo de gerente, profissionais integrantes das equipes vinculadas à UBS. O quadro 12 apresenta as principais disposições contidas na Política Nacional de Atenção Básica, de 2017, sobre o cargo de gerente de Unidade Básica de Saúde

.

QUADRO 12: Disposições da PNAB 2017 sobre o cargo de gerente de UBS

Descrição	Disposições da PNAB 2017	Referência normativa na PNAB 2017
Previsão do cargo de gerente	Reconhece a figura do gerente de UBS com objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas UBS, especialmente ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais, por meio de função técnico-gerencial	Portaria nº 2.436/2017, Anexo, Cap. I, item 4.2.5
Obrigatoriedade da função	Não estabelece obrigatoriedade. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, de acordo com a necessidade do território e cobertura de AB	Portaria nº 2.436/2017, Anexo, Cap. I, item 4.2.5
Perfil profissional	Profissional qualificado, preferencialmente com nível superior e que possua experiência na Atenção Básica. Ressalta que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS	Portaria nº 2.436/2017, Anexo, Cap. I, item 4.2.5
Formação profissional	Preferencialmente formação de nível superior. Não há previsão quanto a área de formação. A PNAB não define se o gerente deve ser profissional de saúde ou da área administrativa	-
Vínculo com território	Não há previsão quanto ao vínculo territorial ou comunitário para a função de gerente	-
Atribuições	Ver em Anexo II desta tese	Portaria nº 2.436/2017, Anexo, Cap. I, item 4.2.5 de I a XV

FONTE: Elaboração própria a partir de informações Política Nacional de Atenção Básica de 2017

O gerente da UBS é o responsável por articular recursos às demandas de saúde local, com objetivo de fortalecer a promoção da saúde e a cidadania. Ele assume responsabilidades que envolvem o planejamento, a coordenação, a direção e o controle das ações desenvolvidas pela equipe. E para cumprir esse papel, é necessário apoio técnico e político da gestão municipal, além da corresponsabilização dos profissionais da equipe de saúde e a participação dos usuários. Espera-se que seja dotado de habilidades técnicas, administrativas e psicossociais de modo que possa articular a equipe de trabalho (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA; RUEDA, 2022).

Trata-se de uma função associada à capacidade de lidar com aspectos complexos, como a mediação de conflitos de interesses políticos e ideológicos distintos, domínio de práticas administrativas e financeiras, além de assistir as especificidades socioeconômicas e culturais locais; visando assegurar a organização adequada do serviço, execução das ações e a efetividade do cuidado (SILVA et al., 2022). Neste sentido, o gerente ocupa uma posição central, sendo o responsável por

coordenar o trabalho da equipe e garantir que as ações estejam alinhadas aos princípios e diretrizes da PNAB (BAZZO; GIMENEZ; ALMEIDA, 2014).

A inserção no campo da pesquisa permitiu verificar que a Política Nacional da Atenção Básica não determina a qualificação e nem o grau de formação necessárias para o desempenho da função do encarregado, explicitando apenas uma preferência. Dito isso, a insuficiência de qualificação dos profissionais que desempenham funções de gerência tem sido um desafio devido à falta de experiência e de formação ou formação inadequada para gestão da Atenção Básica.

Apesar da normatização da função de gerente de UBS, a partir da PNAB 2017, seja relativamente recente, Campos dos Goytacazes, assim como outros municípios já vinham incorporando esse cargo em suas redes de atenção básica, adotando seu próprio formato de preenchimento do cargo e as atividades a serem exercidas por esses profissionais. Este cenário resultou em uma expressiva assimetria das características de perfil, área de formação e experiências laborais dos profissionais (NUNES *et al*, 2018).

Diante disso, é relevante a discussão a respeito da gestão dos serviços de saúde, destacando a importância e a complexidade do papel desempenhado pelos gerentes das Unidades Básicas de Saúde, especialmente no que diz respeito à consolidação e o fortalecimento da Atenção Básica. Para isso, alguns especialistas apontam a necessidade de incentivos e capacitação profissional para a gestão nesse nível de atenção. Uma gestão qualificada da AB assegura a oferta do acesso, o cuidado integral e otimiza o uso dos recursos disponíveis (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

Entendendo a importância da gerência das UBSs para a Atenção Básica, apresentamos a seguir apontamentos sobre a organização e funcionamento das unidades, o perfil profissional dos encarregados, bem como as principais observações e achados identificados a partir das visitas realizadas às unidades e entrevista aos profissionais. Essa análise busca contribuir para a compreensão da prática gerencial no contexto da atenção básica, articulando aspectos normativos e teóricos com a realidade observada nos serviços.

4.1 Perfil e práticas dos encarregados no município de Campos dos Goytacazes

As informações apresentadas ao longo deste capítulo foram obtidas a partir de entrevistas realizadas com encarregados e outros profissionais de saúde, bem como das visitas às Unidades Básicas de Saúde. Reforço que os dados mostrados não possuem caráter quantitativo, uma vez que não foi possível entrevistar a totalidade dos encarregados do município, tampouco visitar todas as unidades, o que resulta uma amostragem reduzida, o que, ademais, não constitui o objetivo deste estudo. Conforme apresentado no capítulo inicial da tese, foram selecionadas seis unidades do município como casos empíricos, para realização da observação de campo, entrevistas com profissionais (encarregados das UBSs e equipe de saúde) e análises das interações cotidianas. Ademais, também foram entrevistados vereadores e ex-vereadores, e assessores parlamentares, fora do âmbito da saúde.

É importante ressaltar limitações decorrentes de diferentes fatores, entre os quais se destacam o número elevado de encarregados e a frequente indisponibilidade de alguns profissionais para conceder entrevistas, seja em razão de restrição de tempo, bem como a falta de interesse em participar da pesquisa. Trata-se, portanto, de um trabalho de natureza qualitativa, com foco na compreensão das percepções, experiências e práticas dos participantes. Dessa forma, as análises apresentadas referem-se a uma amostra não probabilística, não sendo, deste modo, passíveis de generalização para a totalidade do contexto municipal.

A construção dos dados no campo não é uma tarefa simples. As idas e vindas e os “nãos” que permearam esse trajeto refletem a complexidade desse campo. Os vereadores se encontravam frequentemente indisponíveis para entrevistas e, quando demonstravam algum interesse em participar, suas equipes solicitavas previamente o envio do questionário com as perguntas. Já os profissionais das UBSs, embora se mostrassem mais receptivos à concessão de entrevistas, enfrentavam limitações de tempo. Isso exigiu inúmeras visitas às unidades, por períodos indeterminados, na expectativa de que a diminuição do fluxo de usuários possibilitasse ser a realização das entrevistas. O quadro 13 apresenta o número de tentativas de entrevistas e as entrevistas efetivamente realizadas, de acordo com os cargos.

QUADRO 13: Número de tentativas de entrevistas e entrevistas efetivamente realizadas por profissionais

GRUPOS DE PROFISSIONAIS	PROFISSIONAIS POR CARGO	Nº DE TENTATIVAS DE ENTREVISTAS	Nº DE ENTREVISTAS REALIZADAS	% SUCESSO
Vereadores	Vereadores	25	4	16,0
	Ex-vereadores	8	2	25,0
Profissionais da Saúde	Médicos	9	5	55,6
	Enfermeiros	7	6	85,7
	Técnicos de enfermagem	12	11	91,7
Encarregado	Gerente da UBS (encarregado)	11	8	72,7
Servidores	Corpo técnico administrativo	5	4	80,0
Total		**77**	**40**	**51,9**

FONTE: Elaboração própria.

O quadro 13 mostra que, das 77 tentativas de entrevistas, 40 foram efetivamente realizadas, resultando em uma taxa geral de sucesso de 51,9%. No entanto, a distribuição desse resultado é desigual entre os grupos de profissionais analisados. Entre os vereadores, foram realizadas 25 tentativas, das quais apenas 4 se converteram em entrevistas (16%), o que indica maior dificuldade de acesso a esses profissionais. E os ex-vereadores apresentaram uma taxa ligeiramente superior (25%) que, ainda assim, caracteriza como o grupo de profissionais com menor taxa de sucesso. O grupo de profissionais da saúde apresentou índices de sucesso mais elevados: médicos (55,6%), enfermeiros (85,7%) e técnicos de enfermagem (91,7%). Assim como os encarregados (72,7%) e servidores do corpo técnico-administrativo (80%).

Dito isso, começamos pelos gerentes das Unidades Básicas de Saúde. Ao entrevistar os encarregados (e alguns que já exerceram a função, mas atualmente não exercem mais) das UBSs no município de Campos, foi possível identificar uma grande diversidade entre os perfis, ficando evidente a heterogeneidade presente na ocupação desse cargo. O quadro 14 traz as principais informações a respeito do perfil dos encarregados. Cada uma das seis UBSs está representada por um número, para preservar o nome da unidade e a identidade de seus gerentes.

QUADRO 14: Perfil dos encarregados de UBSs em Campos dos Goytacazes, em 2025

UBS	Modelo	Gênero do encarregado	Idade do encarregado	Formação	Tempo na UBS	Experiência anterior	Indicação política
1	Tradicional	Masculino	Maior de 45	Técnico em Administração	10 anos	Auxiliar Administrativo na própria UBS	Não
2	Tradicional	Feminino	35-45	Técnico em enfermagem	2 anos	Técnica de enfermagem em outros estabelecimentos	Sim
3	ESF	Feminino	35-45	Odontologia	3 meses	Dentista em outros estabelecimentos	Sim
4	ESF	Feminino	Maior de 45	Enfermagem	4 anos	Enfermeira em outros estabelecimentos	Sim
5	Mista	Feminino	35-45	Técnico em enfermagem	1 ano	Técnica de enfermagem em outros estabelecimentos	Sim
6	Mista	Feminino	35-45	Serviço Social	2 anos	Assistente social em outros estabelecimentos	Sim

FONTE: Elaboração própria

A maioria dos cargos de encarregado são ocupados por mulheres com média de idade entre 35 e 45 anos. A formação superior dos entrevistados era em áreas variadas, predominando as áreas da saúde, como: dentistas e enfermeiros. Contudo, sabe-se que, para a maioria dos cursos da área da saúde, não há disciplinas específicas ou mesmo conteúdos de administração, que lhes garantam um conhecimento necessário ou clareza do que se espera para o exercício do cargo. Foram identificados profissionais sem formação superior, embora a PNAB 2017 estabeleça que os gerentes devam, preferencialmente, possuir nível superior.

Ao serem questionados se já haviam trabalhado em outras UBSs anteriormente, a negativa foi uma unanimidade entre os encarregados, embora tenham relatado experiências anteriores na área da saúde em outros tipos de estabelecimentos, distintos das Unidades Básicas de Saúde.

No que se refere às experiências profissionais anteriores, embora a maioria dos participantes tenha informado já ter atuado na área da saúde, tais experiências não estavam relacionadas ao campo da gestão. Em geral, os profissionais exerciam funções vinculadas às suas áreas de formação específica, como odontologia, enfermagem, fisioterapia, entre outras. Apenas um dos encarregados apresentou experiência anterior na área administrativa da saúde, um caso considerado singular, o qual merece destaque.

Trata-se de um profissional que atuava como auxiliar administrativo em determinada Unidade Básica de Saúde, localizada em território de alta vulnerabilidade social, inserida em uma comunidade popular urbana, e que, após seis anos de atuação nessa função, tornou-se encarregado da mesma unidade. Tal situação constitui uma exceção e merece esclarecimento à luz da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, a qual veda que integrantes da equipe de saúde assumam a função de gerência na própria unidade: "*Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS*". Entretanto, o cargo anteriormente ocupado por este profissional não se enquadra como parte da equipe vinculada a UBS, seja equipe de Saúde da Família (eSF); equipe de Atenção Primária (eAP); ou equipe de Saúde Bucal (eSB).

O quadro 15 abaixo apresenta a formação das equipes de acordo com a PNAB 2017, por tipo, que podem estar vinculadas a UBS.

QUADRO 15: Composição das equipes de saúde, de acordo com a PNAB 2017

Tipo de equipe	Composição profissional
Equipe de Saúde da Família (eSF)	Médico
	Enfermeiro
	Técnico ou Auxiliar de enfermagem
	Agente Comunitário de Saúde (ACS)
Equipe de Atenção Primária (eAP)	Médico
	Enfermeiro
	Técnico ou Auxiliar de enfermagem
Equipe de Saúde Bucal (eSB)	Cirurgião-Dentista
	Auxiliar ou Técnico de Saúde Bucal

FONTE: Política Nacional de Atenção Básica de 2017.

Os demais profissionais da UBS, que atuam na recepção, administrativo, serviços gerais, vigilância etc., são considerados trabalhadores de apoio ao funcionamento da UBS e não fazem parte da composição de nenhuma das equipes. Neste sentido, portanto, não há infração às normativas vigentes.

De acordo com o relato do entrevistado, o profissional que anteriormente ocupava o cargo de gerente, mantinha recorrentes conflitos com os usuários e com a comunidade em geral, o que resultou, após pressão comunitária, em seu afastamento por um período prolongado. Nesse contexto, o então auxiliar administrativo, passou a assumir, de maneira informal, diversas atribuições inerentes a função de

encarregado. Ou seja, ele atuava como o encarregado da unidade, cumprindo com as respectivas responsabilidades, entretanto, não era formalmente nomeado e, em vista disso, seu salário não compatível com a função que exercia; enquanto o profissional que ocupava formalmente o cargo, permanecia sendo remunerado sem sequer comparecer a unidade. Em virtude do bom relacionamento estabelecido com a comunidade, da receptividade demonstrada junto aos usuários e do empenho em atender às demandas apresentadas, o referido profissional foi, depois dois anos, formalmente nomeado para o cargo de encarregado.

Ainda em relação ao fator de experiência anterior na Atenção Básica, observa-se que 5 entre os 6 profissionais entrevistados possuía alguma trajetória prévia na área da saúde, exercendo atividades diretamente relacionadas à sua formação profissional, mas tais experiências não são no campo da gestão em saúde. Para além disso, entre os poucos profissionais que relataram algum tipo de experiência relacionada à gestão, verificou-se a ausência de formação na área da saúde.

Essa heterogeneidade de perfis evidencia a inexistência de um padrão claramente definido para a ocupação do cargo de encarregado no município de Campos e revela a influência significativa de “critérios” locais e contextuais na seleção dos profissionais designados para exercer essa função. Reforço que nem sempre a experiência prática anterior relatada pelos profissionais implica, de forma inequívoca, conhecimento em gestão pública. Ademais, a diversidade de formações e trajetórias profissionais observada entre os encarregados reforça a relevância da indicação política, especialmente por vereadores, como um fator determinante na nomeação, indicando que o critério técnico muitas vezes cede espaço a relações políticas na definição de quem assume a gerência das UBS.

A ausência de formação gerencial específica entre os gestores locais, principalmente entre os encarregados, é um problema comum e recorrente na Atenção Básica, e pode comprometer o planejamento e tomada de decisões (VIEIRA; SANTOS, 2015). De acordo com Carvalho (2018), existe uma carência de conhecimento, por parte dos gerentes, como pôde ser observado anteriormente no quadro 14, a respeito da funcionalidade de estabelecimentos como UBSs para uma gestão eficaz. Os profissionais encarregados de gerenciar UBS, apesar de terem boa capacidade de liderança, em sua maioria, carece de experiência em administração. Somado a isso, a multiplicidade de tarefas que o gerente precisa assumir também

pode comprometer a efetividade do trabalho de gerir a unidade, como ressaltado anteriormente.

Os gerentes das UBSs vêm assumindo responsabilidades, tanto em relação à comunidade usuária quanto à administração central e às equipes de trabalho. Essas responsabilidades se manifestam na implementação de novos programas; na identificação do perfil epidemiológico da população de sua área de abrangência; na articulação de serviços com organizações comunitárias; na integração com a rede hierarquizada de serviços de saúde; e na interação com os níveis centrais de decisão do município, com objetivo de atender às necessidades de saúde da população (BASILE, 2004).

Considera-se que o desenvolvimento da competência gerencial no setor da saúde constitui um elemento-chave na solução dos problemas existentes nas unidades de saúde, como uma estratégia de mediação entre os níveis decisórios, as instâncias locais e os usuários da Atenção Básica (ALVES; PENNA; BRITO, 2004). Neste sentido, os encarregados necessitam de capacitações específicas como: cursos internos de gestão de serviços de saúde, treinamentos e capacitações, que nem sempre vem sendo realizadas.

Quanto ao tempo de permanência dos profissionais no cargo de encarregado em Campos, apresentou certa variação. De modo geral, constatou-se elevada rotatividade na maior parte das UBSs, em que apenas 2, entre as 6 unidades, apresentaram encarregados com mais de 2 anos no cargo, com frequentes substituições dos profissionais responsáveis pela função de gerência. Identificamos, no conjunto de relatos, situações extremas com profissionais que ocupavam a função há apenas três meses até aqueles que exerciam o cargo há aproximadamente dez anos.

A rotatividade dos profissionais de gestão, na esfera pública, é frequentemente associada a relação estreita com os interesses político-partidários (SILVA; SOUSA; OLIVEIRA; RUEDA, 2022). No caso dos encarregados, a substituição frequente dos profissionais pode fragilizar o planejamento das ações e comprometer a implementação de estratégias de médio e longo prazo (MENDES, 2012) e a consolidação dos processos organizativos no âmbito da Atenção Básica.

É neste sentido que as indicações dos vereadores para o cargo de encarregado podem comprometer a capacidade dos profissionais de implementarem e darem continuidade a processos de trabalho eficazes. Além disso, interfere de modo

negativo no estabelecimento de vínculos e contatos mais efetivos dos encarregados com a equipe de saúde, com a comunidade de usuários e até mesmo com os próprios vereadores. Manter-se próximo a comunidade é importante para tomar conhecimento das principais necessidades dos usuários e possibilita a continuidade dos projetos já iniciados sem a interferência das mudanças que ocorrem, naturalmente, quando novos governos assumem, principalmente em casos de alternância partidária. A longitudinalidade do cuidado é um dos elementos preconizados pela PNAB para o funcionamento da AB.

Ao serem questionados acerca da forma de ingresso no cargo de gerente de Unidade Básica de Saúde e da existência, ou não, de processo seletivo para a ocupação da função, a maioria dos entrevistados relatou ter assumido o cargo a partir de um convite, resultado que já era esperado, considerando a fragilidade de mecanismos formais e padronizados de seleção para este cargo em muitos contextos locais. Nenhum dos entrevistados que afirmou ter sido convidado indicou, de forma espontânea, de quem ou de onde veio o convite, uma vez que essa informação não foi objeto de questionamento durante as entrevistas. Entre os fatores que motivaram a aceitação da proposta, destacaram-se situações como desemprego no momento do convite, insatisfação com a atividade profissional anteriormente desempenhada e a expectativa de melhoria salarial.

Destaca-se que, entre os entrevistados que no momento da entrevista exerciam a função de encarregado, nenhum declarou explicitamente ter sido indicado por um vereador. Em vez disso, relataram ter sido indicados de forma genérica ou, em alguns casos, afirmaram que o ingresso no cargo ocorreu por “indicação política”.

Por outro lado, ao conversar com profissionais que exerciam outras funções na UBS, no âmbito da saúde, alguns relataram que o ingresso em seus respectivos cargos ocorreu em razão de vínculos pessoais com pessoas ligadas à esfera política local, seja por iniciativa própria, seja por intermédio de familiares que mantém, ou já mantiveram tais relações. Alguns deles, inclusive, citaram o nome do ator político autor da indicação, em sua maioria vereador.

Observou-se, nesse contexto, certo receio, por parte do encarregado, em nomear o agente político responsável pela indicação ou mesmo o cargo por ele ocupado, comportamento que também se manifestou no fornecimento de outras informações ao longo das entrevistas.

Um exemplo foi a fala de um entrevistado, em relação a conceder uma entrevista, ao ser perguntado sobre a indicação para o cargo: *(...) "Isso é só 'pro' seu trabalho mesmo? Olha, olha ein. Vou responder, mas se depois 'der ruim' 'pra' mim, eu vou negar tudo (risos)"*.

Embora não seja possível determinar a origem desse receio em compartilhar informações consideradas mais "sensíveis", infere-se que essa postura esteja relacionada ao temor de retaliações políticas e/ou administrativas; à fragilidade de sua permanência no cargo; e o receio quanto ao uso das informações fornecidas, mesmo após esclarecimento do objetivo exclusivamente acadêmico da pesquisa.

Ainda assim, tanto os encarregados quanto outros profissionais não ocultaram a existência de vínculos com atores políticos. Inclusive, durante conversas informais realizadas no ambiente da unidade alguns profissionais afirmaram de forma clara sentir-se dependentes do governo municipal vigente para a manutenção de sua permanência no cargo.

Ao ser questionado se se sentia seguro em relação ao seu emprego, um entrevistado disse:

> Eu consegui esse emprego aqui de repente. Assim, eu 'tava' precisando muito, sabe? 'Aí' um conhecido meu falou de mim e, graças a Deus, me chamaram 'pra' cá. Mas eu tenho medo de sair do mesmo jeito que eu entrei, de uma hora 'pra' outra, porque ninguém sabe né?

Entretanto, ao conversar com uma pessoa que já ocupou o cargo de gerente de UBS, ainda que não exerça mais esta função atualmente, foi relatado de forma aberta que a sua nomeação ocorreu por indicação política vinda de um determinado vereador. O ex-encarregado afirmou que sua saída do cargo se deu por decisão própria. E relatou:

> Não valia a pena 'pra' mim não, era muita dor de cabeça. Problema o tempo todo. Vira e mexe aparecia confusão lá e só tinha eu 'pra' resolver tudo. [...] O que eu recebia não compensava a dor de cabeça não.

Entre os entrevistados, de todos os grupos de profissionais, observou-se uma diferença significativa na postura adotada por aqueles indicados por atores políticos e pelos servidores concursados. De modo geral, os concursados colaboraram mais durante as entrevistas, demonstrando maior disponibilidade e segurança ao conceder

entrevistas sobre sua atuação profissional; e ao relatar suas experiências de modo detalhado e suas percepções particulares; se comparados àqueles que ingressaram no serviço por meio de indicação política. Essa diferença pode ser explicada, sobretudo, pela estabilidade garantida pelo concurso público, que reduz a percepção de risco associada à exposição de suas opiniões, experiências e críticas relacionadas ao cotidiano de trabalho.

Por outro lado, os profissionais indicados pelos vereadores, geralmente vinculados por cargos comissionados e sem nenhuma garantia formal de permanência no cargo, mostraram-se mais cautelosos em suas respostas e buscavam compreender melhor a finalidade das entrevistas. A dependência desses profissionais em relação aos vereadores que os indicaram, costuma limitar suas falas e favorecer uma postura mais cautelosa durante abordagens como entrevistas, mesmo quando expresso o carácter unicamente acadêmico da pesquisa.

A modalidade de contratação para o cargo de gerente de UBS por meio de indicação política traz a possibilidade de privilegiar as relações pessoais, alianças político-partidárias ou interesses particulares dos atores políticos, em detrimento da competência técnica e gerencial necessárias para exercer as atribuições que o cargo exige. Essa prática pode resultar na ocupação do cargo de gerente por profissionais sem formação específica ou sem experiências anteriores compatíveis com gestão de saúde pública, comprometendo o resultado da implementação das políticas públicas de saúde.

Práticas como essa, têm sido identificadas como mecanismos de reprodução de relações de dependência política, nas quais o acesso e a permanência em cargos de gestão estão condicionados ao apoio a determinados atores políticos, com impactos negativos sobre a governança e a equidade na oferta dos serviços (VIEIRA, 2023).

A ausência de pré-requisitos formais e de critérios técnicos claramente definidos para a seleção dos gerentes de UBS intensifica, no caso de Campos, o espaço de atuação dos vereadores, que frequentemente utilizam esses cargos como instrumentos para atender demandas de suas bases eleitorais. Esse arranjo confere discricionariedade aos encarregados, permitindo que decisões cotidianas a respeito do acesso aos serviços públicos de saúde sejam tomadas considerando vínculos políticos ou pessoais, além das normas técnicas formais. Nesse contexto, os encarregados, enquanto burocratas de nível de rua, se tornam intermediários entre as

regras formais da política pública e as expectativas da população e do poder político local, moldando a implementação das políticas de saúde de acordo com seu julgamento e a sua interpretação das normas e das prioridades locais.

Neste sentido, cargos na administração pública passam a ser apropriados como recursos estratégicos de articulação política, fortalecendo práticas de personalismo e de troca de favores (ABRUCIO, 2007; NUNES, 2010). E no campo da saúde, esse tipo de interferência pode comprometer a racionalidade administrativa e a capacidade de coordenação dos serviços, uma vez que a lógica política tende a se sobrepor às necessidades técnicas e organizacionais da gestão das UBS, afetando a eficiência, a continuidade das ações e a qualidade da atenção ofertada à população (LOTTA, 2015).

Geralmente, nesses casos de contratação via indicação política, o regime de contratação adotado é o de RPA assim como de outros profissionais da equipe de saúde da Atenção Básica. Entretanto, é importante ressaltar que, se tratando da equipe de Saúde da Família, os profissionais são majoritariamente concursados.

O regime de contratação por meio de Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) é caracterizado pela prestação de serviços sem a constituição de vínculo empregatício formal entre o trabalhador e o contratante. Nessa modalidade, o profissional é considerado autônomo e é remunerado mediante a emissão de recibo, com os devidos descontos legais quando aplicáveis. Por não se tratar de uma relação regida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o trabalhador contratado via RPA, além de não possuir garantias trabalhistas como férias e décimo terceiro salário, não dispõe de estabilidade funcional. Isso significa que o profissional pode ter seu contrato rescindido a qualquer momento, a critério do empregador, neste caso o município, o que confere maior precariedade e instabilidade ao vínculo estabelecido.

Em contraste com o regime via RPA, o profissional que ingressa por meio de concurso público possui vínculo formal, sendo assegurado uma série de direitos e garantias, dentre as quais se destaca a estabilidade. Esta modalidade confere maior segurança ao trabalhador, uma vez que a perda do cargo somente pode ocorrer em situações específicas, legalmente estabelecidas, como processo administrativo disciplinar ou decisão judicial (DI PIETRO, 2019), diferente do regime RPA, que permite a rescisão unilateral e a dispensa pode ocorrer a qualquer momento, sem necessidade de justificativa formal (ANTUNES, 2018).

4.2 O papel dos encarregados na gestão das UBSs: discricionariedade e relações políticas cotidianas

O cotidiano do gerente de uma Unidade Básica de Saúde é marcado por multiplicidade de tarefas e pela constante mediação entre as normas institucionais, relações de trabalho com os profissionais da equipe e as demandas dos usuários, além de pressões políticas. É nesse ponto que a atuação do encarregado pode ser compreendida à luz do debate sobre a discricionariedade burocrática, uma vez que as decisões cotidianas nem sempre são orientadas por critérios técnicos ou normativos, mas também por condicionantes políticos externos à unidade, como as interferências exercidas pelos vereadores por meio de seus constantes pedidos.

A posição intermediária do encarregado no ambiente das UBSs permite compreender seu papel entre a burocracia de médio escalão e a burocracia de nível de rua, exercendo discricionariedade na implementação das políticas de saúde, conforme discutido por Lipsky (1980) e no contexto brasileiro por Lotta (2019). Podemos identificar a manifestação da discricionariedade do encarregado nas práticas cotidianas desenvolvidas nas UBSs, por exemplo, quando ele viabiliza a realização de uma consulta para um usuário que não estava previamente agendado, alterando a ordem previamente estabelecida, no sentido de furar a fila, enquanto os outros usuários aguardam na lista de espera; ou quanto o encarregado reserva medicamentos para usuários específicos antes mesmo de sua disponibilização regular à população por meio das unidades. No entanto, os dados empíricos sugerem que essa discricionariedade não é exercida exclusivamente pelo encarregado, considerando que ele frequentemente recebe interferências políticas, diretas ou indiretas, especialmente por meio de demandas encaminhadas por vereadores.

Um dos entrevistados relatou que:

> Então, eles chegam, as vezes com papelzinho do Ministério Público ou com encaminhamento do gabinete do vereador tal, ou do secretário. ‘Aí’ eles chegam, vão lá na chefe e a chefe vem aqui e fala: “atende esse aqui que é do gabinete de sei lá quem” aí a gente atende né [...].

E ainda:

> Muitas vezes acontece esses pedidos, assim, de última hora ‘né’, e a gente não tem muito o que fazer ‘né’? Tem que atender! [...] É ruim

> porque sobrecarrega a agenda e mexe em tudo o que já ‘tava’ programado [...] mas a gente acaba dando um jeitinho ‘pra’ conseguir atender.

Nesse sentido, a função gerencial pode ultrapassar a coordenação técnica dos serviços de saúde, com as atribuições previstas pela PNAB, passando a incluir também a administração cotidiana de conflitos. Parte significativa desse esforço de mediação é direcionada ao atendimento de demandas políticas advindas do vereador, que se evidencia em falas como: *“Além de cuidar da equipe, das coisas aqui na UBS, das obrigações né? A gente ainda precisa atender pedidos que vêm de fora, quando o vereador pede alguma coisa”.*

Em vista disso, percebe-se que a gerência da UBS vai além da coordenação técnica dos serviços de saúde. Os encarregados costumam dedicar parte do seu tempo à administração de conflitos, sejam eles internos ou externos à unidade.

Esses achados empíricos reforçam a compreensão da atuação do gerente da UBS sendo interferida pelos vereadores. Essas relações políticas podem influenciar no processo decisório dos encarregados, modificando suas práticas gerenciais e os limites de sua discricionariedade na implementação da política de Atenção Básica.

Além de suas atribuições burocráticas, o encarregado também precisa lidar com as expectativas dos usuários, e por vezes dos vereadores, que nem sempre são atendidas, em meio a recursos escassos, muitas das vezes em ambientes com pouca infraestrutura e condições precárias e constante falta de materiais. Dessa forma, podemos considerar que a gestão da saúde envolve a mediação de interesses divergentes e não pode ser reduzida a uma função administrativa formal, especialmente porque a política se faz presente diretamente.

Esse cenário se intensifica ainda mais quando a ascensão ao cargo ocorre por meio de indicação política, especialmente neste contexto em que as UBSs são informalmente associadas a vereadores, que por sua vez viabilizam as nomeações dos encarregados. Nesses casos, o encarregado entende que sua permanência no cargo não depende exclusivamente do seu desempenho técnico, mas também da manutenção dos vínculos políticos e da capacidade de responder às demandas provenientes das bases eleitorais do “dono do postinho”.

A indicação para o cargo de gerente, realizada pelo vereador, pode estabelecer um canal de influência permanente dentro da unidade, mediado pela relação entre o

encarregado e o ator político que o indicou. Dessa forma, o profissional passa a incorporar a necessidade de atender às demandas das bases eleitorais do vereador, no que diz respeito a serviços de saúde. Essas demandas passam a integrar o cotidiano da gestão, na maioria das vezes de maneira informal e implícita. Foi observada a naturalização dessas práticas no cotidiano das UBSs, tanto por parte da população quanto pelos próprios encarregados, que enxergam como condutas normais, inseridas na dinâmica de funcionamento da unidade.

Nesse contexto, a responsabilidade pelos fluxos diferenciados de acesso não pode ser atribuída exclusivamente a quem “oferta” o serviço, isto é, aos profissionais e gestores que operam a política pública. Parte dessas práticas também é impulsionada por quem “demanda” o serviço, uma vez que os usuários recorrem de forma recorrente a mediação política como estratégia para viabilizar ou acelerar atendimentos. À medida que essas práticas se repetem e passam a ser percebidas como uma forma “fácil” de solucionar demandas, reduz o estranhamento diante deles.

Para muitos usuários, procurar o vereador ou o encarregado para conseguir uma consulta ou um exame de forma mais rápida, não é visto como privilégio, mas como uma possibilidade diante das dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Da mesma forma, os encarregados tendem a entender essas intervenções como parte das atribuições do cargo, sobretudo quando sua nomeação está ligada a indicação.

As formas mais comuns de manifestação dessas demandas são por meio de pedidos de consultas e exames de caráter “urgente” que funcionam como fura-filas, principalmente para a média complexidade. Para estes serviços, cria-se uma fila de espera na própria UBS. Os encarregados têm acesso ao sistema de marcação de consultas com especialistas (como por exemplo, cardiologista, gastroenterologista, neurologista etc.) e exames mais complexos, como endoscopia digestiva, tomografias e ressonâncias magnéticas. Cada um dos estabelecimentos que oferecem esses serviços via SUS, disponibiliza uma determinada quantidade de vagas por mês, que são preenchidas pelo encarregado via *online*. É esperado que seja seguida a lista de espera, entretanto, determinadas escolhas são evitadas ou priorizadas em função de potenciais efeitos políticos.

Um dos encarregados entrevistados relatou que, em algumas situações em que não consegue vaga para consultas ou exames por meio do sistema, ele se empenha em buscar alternativas para conseguir o atendimento para o usuário.

> As vezes eles [usuários] precisam de uma consulta ou um exame que eu não tenho mais vaga aqui. Aí eu sempre tento dar um jeito de conseguir agendar. Eu entro em contato com encarregado de outra UBS ‘pra’ ver se tem vaga sobrando, ou então, eu tenho conhecido no administrativo do hospital que pode conseguir ‘pra’ mim a vaga. A gente tenta ao máximo ajudar né, a comunidade, as pessoas que vem aqui e ‘precisa’.

Ele explicou que para isso, é necessário contato direto com profissionais de outros estabelecimentos de saúde, principalmente aqueles que não pertencem à rede de UBS. O encarregado fez questão de destacar que essa prática é viável devido as boas relações que construiu ao longo do tempo, com outros profissionais da área.

> Eu consigo fazer isso porque tenho amizade com o pessoal, conheço muita gente, porque são muitos anos né [...], Mas tem uns aí [encarregados] que são complicados [...] Não se dão bem com ninguém não [...] E nem fazem questão também não, de tentar conseguir as coisas.

Deste modo, essa rede de contatos possibilita maior capacidade de articulação entre diferentes instituições, contribuindo para resolução de demandas que extrapolam os limites formais da unidade.

Neste sentido, a distribuição das vagas está susceptível a discricionariedade do encarregado, que pode ser orientado a realizar os “encaixes”, que são o preenchimento das vagas por pessoas que não se encontram na fila de espera. Na prática, essa forma de agendamento pode ser vista como uma espécie de “favor” do encarregado para o usuário, que por sua vez, o atribui a ação ao vereador. Isto é, os vereadores recebem as demandas por serviços de saúde e repassam aos encarregados que nomeou para que tais demandas sejam atendidas

Situação semelhante pode ser observada na distribuição de medicamentos expedidos pelas farmácias da Atenção Básica. Nesses casos, o acesso aos medicamentos pode ocorrer de forma prioritária para aqueles que encaminham suas solicitações a vereadores, os quais, por sua vez, intermediam os pedidos junto aos encarregados. Ademais, foram identificados casos em que
usuários obtêm medicamentos diretamente com membros da equipe do vereador, muitas vezes sem a apresentação da prescrição médica. Tal prática levanta questionamentos quanto aos medicamentos, se são oriundos do sistema público de

saúde ou se provêm de recursos próprios do agente político, não sendo possível determinar.

A busca por vagas pode ir além, com demandas para cirurgias, como bariátrica e oftalmológica; e até mesmo leitos em hospitais e vagas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Entretanto, quando se trata de demandas de maior complexidade, geralmente o vereador utiliza de suas relações políticas e influência, e outros meios, que não o encarregado, para conseguir atender.

Ao serem questionados a sobre os principais desafios enfrentados no gerenciamento das UBS, os encarregados destacaram, em sua maioria, dificuldades que extrapolam sua esfera de competência, ou seja, questões que não estão sob a sua responsabilidade. Entre essas estão a escassez de recursos humanos, especialmente os profissionais de saúde; a insuficiência de insumos, como vacinas, medicamentos e materiais para curativos; e problemas relacionados a infraestrutura física das unidades.

Os entrevistados também identificaram desafios internos relacionados a dinâmica da própria equipe, como a dificuldade de promover um trabalho em equipe que seja eficiente; a ocorrência de conflitos relacionais entre os membros da equipe, associados a divergências quanto a organização das agendas, divisão de tarefas, cumprimento de carga e aos distintos entendimentos sobre as prioridades do serviço. Soma-se a isso a constante necessidade de mediar conflitos decorrentes do comportamento dos usuários, como reclamações relacionadas ao tempo de espera para consultas, à indisponibilidade de vagas, a falta de medicamentos ou a não realização de procedimentos demandados. Além disso, os gerentes apontaram o excesso de atividades burocráticas, como: preenchimento de sistemas de informação em saúde, elaboração de relatórios, prestação de contas e atendimento a demandas administrativas da gestão municipal. E a sobrecarga de atividades, que precisam ser realizadas, muitas vezes de forma simultânea, em meio às demais atribuições gerenciais.

Em relação as mudanças ocorridas após a sua entrada na UBS, os encarregados relataram percepções variadas, destacando transformações significativas na rotina e na organização da unidade. Entre as principais alterações mencionadas, foi ressaltada a reestruturação da organização interna, implementadas por eles, com definições mais claras de funções e fluxos de trabalho. Já as mudanças para além de sua competência, foram mencionadas reformas na infraestrutura física

da unidade; ampliação dos serviços de saúde oferecidos, incluindo atendimentos que não estavam disponíveis anteriormente.

No que diz respeito a autonomia que dispõem (e se dispõem), para a tomada de decisões no exercício de sua função, os encarregados apresentaram consenso em seus posicionamentos. De modo geral, todos eles afirmaram possuir autonomia para tomadas de decisões relacionadas a organização do fluxo de trabalho; gestão da equipe; planejamento das atividades; e ao encaminhamento das demandas assistenciais. Nenhum deles citou as demandas dos vereadores que precisam atender.

Entretanto, é válido ressaltar que tal autonomia não se estende ao âmbito financeiro, uma vez que decisões referentes à alocação de recursos e aquisição de insumos dependem de instâncias superiores da gestão municipal. Porém, ainda assim, os entrevistados se percebem como sujeitos autônomos no cotidiano da gestão da UBS, atuando dentro dos limites institucionais estabelecidos, o que evidencia uma autonomia relativa, condicionada às normas do Sistema Único de Saúde e à estrutura hierárquica da administração pública (BRASIL, 1990; PAIM, 2009).

4.3 A dinâmica da atuação dos vereadores nas Políticas Públicas de Saúde

Sabe-se que em muitos municípios, cargos de gerência como o do encarregado, são ocupados a partir de indicações políticas, relações pessoais ou pressões comunitárias, especialmente em contextos de menor institucionalização administrativa (LOTTA, 2015). E, embora a PNAB reforce a necessidade de gerentes de UBS comprometidos com os princípios do SUS, ela não define de forma clara, mecanismos para a seleção desses profissionais, abrindo espaço para práticas discricionárias.

De acordo com Paim (2009), a política de saúde, especialmente no âmbito municipal, constitui um espaço privilegiado de disputas políticas em razão de sua ampla capilaridade territorial e impacto direto sobre a população. A transferência de responsabilidades para os municípios, dada a descentralização do SUS, ampliou o poder decisório dos gestores locais, ao mesmo tempo em que abriu brechas para a

instrumentalização política da saúde. Nesse contexto, o controle sobre a oferta de serviços, a distribuição de medicamentos, a regulação do acesso a consultas e exames especializados e a alocação de recursos humanos e financeiros, por exemplo, podem ser utilizados como mecanismos de barganha política, favorecendo práticas clientelistas e a construção de capital político-eleitoral (VIANA; LIMA, 2011; ARRETCHE, 2012).

A participação dos vereadores nessas políticas públicas de saúde se manifesta, especialmente, por meio de suas práticas políticas, que podem envolver a mediação entre as demandas da população e a relação com encarregados, para a gestão da saúde local; somados as indicações que fazem para cargos comissionados como os de encarregado, por exemplo.

Para Santos (2008), administradores municipais tendem a interpretar o instituto constitucional da livre nomeação e exoneração como uma autorização ampla e irrestrita para ocupar cargos em comissão utilizando critérios pessoais e clientelistas. Nessa lógica, tais cargos passam a ser tratados como se fossem de sua propriedade, e são utilizados para atender interesses particulares ou políticos, em detrimento dos princípios que devem orientar a administração pública.

Os vereadores identificam as necessidades locais e os problemas relacionados a oferta dos serviços de saúde, principalmente por meio do intermédio com os encarregados, que por sua vez mantém contato direto com a população. A partir disso, encaminham essas demandas ao Poder Executivo e aos gestores responsáveis, exercendo seu papel representativo (BRASIL, 1988). Também desempenham funções de fiscalização e proposição legislativa; influenciam na definição de prioridades, alocação de recursos e implementação de ações de saúde, conforme princípios do SUS.

Neste sentido, a relação estabelecida entre vereadores, gerentes de UBS e população se configura como elemento central para a efetividade das políticas públicas de saúde e para o fortalecimento do SUS (PAIM, 2009; ARRETCHE, 2012). Entretanto, na realidade, o cotidiano dos vereadores se diferencia pelo atendimento das demandas de suas bases eleitorais e práticas assistencialistas.

A atuação dos vereadores pode ser compreendida como um canal de comunicação entre a população e o poder público, uma vez que esses atores políticos ocupam uma posição estratégica como um elo entre a população e o poder público, e sendo acionado para intermediar demandas junto ao Executivo Municipal

(KERBAUY, 2005). Esse tipo de interferência de atores políticos na gestão pública, pode comprometer o uso de critérios técnicos e gerar conflitos internos e instabilidade administrativa (SANTOS, 2001).

Entre os seis vereadores (e ex-vereadores) entrevistados, a maioria diz dedicar maior parte do seu tempo atendendo a população, geralmente seus eleitores, e realizando visitas a comunidade; além de suas atribuições formais. Esses atendimentos costumam ser realizados na própria Câmara, no gabinete dos vereadores, e esse é o principal momento em que suas bases eleitorais apresentam suas demandas.

Durante as entrevistas, de modo geral, os vereadores adotaram uma postura cautelosa, respondendo às perguntas de maneira direta, porém sem muitos detalhes ou aprofundamentos espontâneos. Quando eu demonstrava interesse em determinados pontos e pedia por esclarecimentos adicionais, eles ampliavam suas respostas, mas ainda assim se mantinham contidos e evitavam oferecer informações mais específicas por iniciativa própria.

Em relação a área da saúde, os vereadores se concentravam, principalmente, nos aspectos normativos da política pública, nos programas implementados e nos desafios enfrentados pelo município, como as limitações orçamentárias e altas demandas por atendimento. Já as questões relacionadas às demandas da população, intermediações políticas e indicações para cargos de encarregados, foram objetos esquiva e/ou de respostas mais genéricas. Essa mesma temática foi abordada de modo distinto pelos encarregados e demais servidores das unidades, que trataram com maior abertura as informações.

. Os legisladores demonstraram a percepção de que a população, especialmente seus eleitores, atribui ao mandato parlamentar como principal função o atendimento às demandas individuais e coletivas da comunidade. Segundo os relatos, essa é uma compreensão recorrente no cotidiano da atuação legislativa, e influencia a forma como os vereadores se relacionam com os cidadãos e organizam suas práticas políticas.

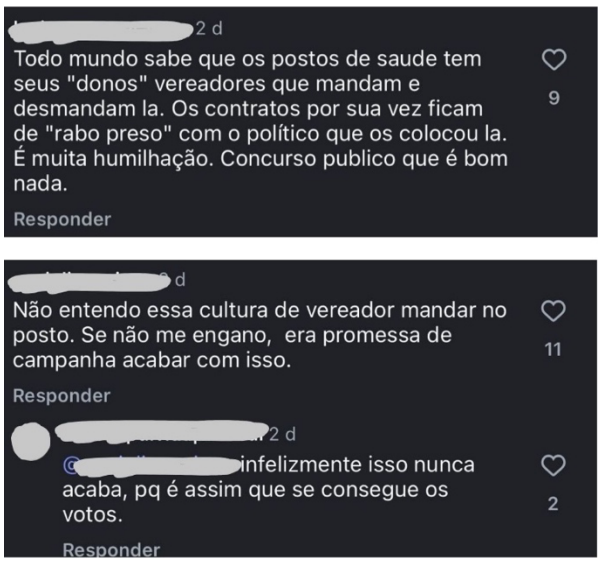
Umas das principais estratégias utilizadas pelos vereadores para atender às demandas de seus eleitores e fortalecer vínculos de proximidade consiste no direcionamento e/ou facilitação do acesso a serviços públicos, especialmente na área da saúde. Essa prática é viabilizada pelas relações estabelecidas entre o Executivo e o Legislativo no âmbito municipal que, conforme discutido no capítulo 3, se estruturam

a partir de mecanismos informais de cooperação e troca. Dessa forma, o apoio político dos vereadores pode ser convertido em benefícios concretos como se configurasse na “posse” de uma UBS.

Essa dinâmica reforça o papel do vereador como um intermediador de interesses, uma espécie de “despachante político”, cuja atuação ultrapassa a produção legislativa formal e se estende a mediação entre a população e a administração municipal. A intermediação de demandas junto ao Executivo se configura como uma estratégia para a manutenção de suas bases eleitorais, sobretudo em contextos marcados por carências estruturais e alta demanda por serviços públicos básicos (KERBAUY, 2005). Neste sentido, a “distribuição” das UBSs não deve ser compreendida apenas como um arranjo administrativo, mas como parte de um padrão relacional que articula apoio político, acesso a políticas públicas e representação local, evidenciando que o exercício do mandato parlamentar municipal se constrói, em grande medida, a partir da gestão cotidiana de demandas e da negociação contínua com o Executivo.

Apesar de informal, essa “distribuição” das UBSs é de conhecimento geral da população. A figura 3 apresenta alguns comentários retirados da rede social *Instagram,* referentes a uma matéria de suposta “rachadinha” entre os RPAs de determinada UBS, organizada por um vereador. Os nomes e as fotos dos autores dos comentários foram ocultados para preservar suas identidades.

FIGURA 3: Comentários referentes a uma matéria sobre uma UBS do município de Campos, na rede social *Instagram*

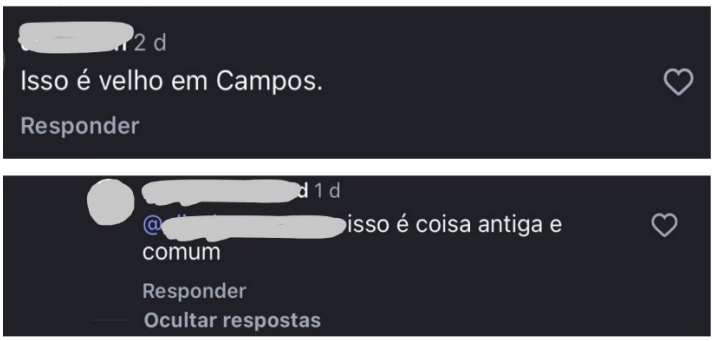


FONTE: Página Campos Expresso, na plataforma do *Instagram*

Esses comentários evidenciam que essa prática, embora não esteja descrita na literatura disponível acerca da atuação legislativa ou da Atenção Básica, integra a da realidade do município de Campos dos Goytacazes. Ademais, o fato de as UBSs apresentarem vereadores como “donos” constitui uma informação já amplamente difundida entre a população.

A figura 4 apresenta comentários relativos à mesma publicação, os quais reforçam que não se trata de práticas exclusivas do mandato atual, mas, ao contrário, de um fenômeno que se consolidou ao longo do tempo, adquirindo caráter cultural e sendo de conhecimento público, e em diversas situações, naturalizado.

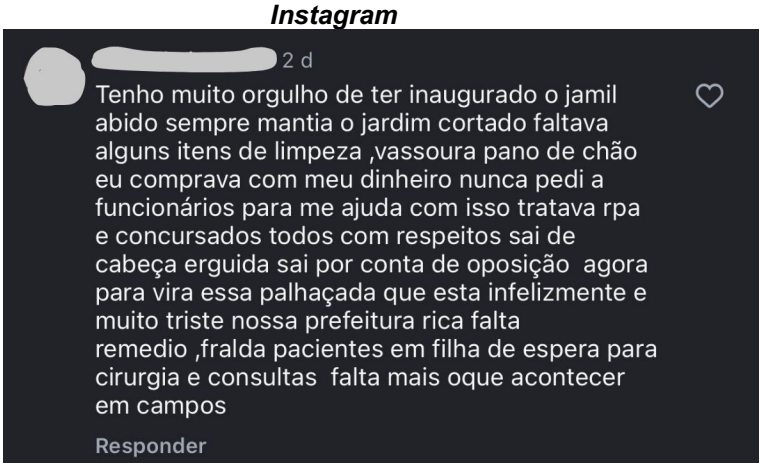
FIGURA 4: Comentários referentes a prática de distribuição das UBSs no município de Campos, na rede social *Instagram*



FONTE: Página Campos Expresso, na plataforma do *Instagram*

A figura 5 apresenta o comentário de uma profissional que já atuou como gerente de UBS e que foi suspensa em decorrência da mudança de governo.

FIGURA 5: Comentário de ex-gerente de UBS do município de Campos, na rede social *Instagram*



FONTE: Página Campos Expresso, na plataforma do *Instagram*

A partir desse relato, vemos que a permanência dos encarregados no cargo pode estar condicionada à atuação atores políticos, podendo ser influenciada em função da alternância de poder, na troca de governo. Além disso, o depoimento mostra a recorrência das filas de espera para consultas e cirurgias, bem como a insuficiência no fornecimento de medicamentos e insumos gerais para o pleno funcionamento da unidade e fornecimento dos serviços de saúde.

Olhando para os usuários do sistema público de saúde, pode-se intuir que a população tende a assumir a ideia de que é “obrigação” do vereador prestar ajuda e atender seus pedidos particulares, caracterizando um sistema de troca de favores (ROCHA; SOUZA; ARAÚJO, 2019). Na percepção dos eleitores, ocupar o cargo de vereador é, por si só, atributo que lhe confere acessos, legitimidade para solicitar procedimentos, realizar pedidos, encaminhar processos e intervir em rotinas administrativas (LOPEZ, 2004). Essa relação entre eleitores e vereador pode ser compreendida como uma rede de interesses mútuos, em que o vereador oferece auxílios que, mais tarde, podem ser retribuídos por suas bases eleitorais nas urnas.

As demandas da população abrangem diferentes áreas, vão desde tijolos e cimento; cestas básicas; até mesmo as vagas de emprego; e pagamento de contas de luz e/ou água. No que se refere ao escopo das políticas de saúde, as mais comuns são consultas médicas com especialistas; exames de maior complexidade; leitos; cirurgias; remédios e vacinas não ofertados pelo SUS; fórmulas infantis que substituem o leite e/ou para crianças intolerantes e alérgicos; cadeira de rodas e cadeira de banho; e transporte em ambulância.

A eficiência nos atendimentos aos eleitores pode ser um dos aspectos que define o êxito, ou não, da vida política de um vereador. Alguns autores (SILVA, 2016; LOPEZ, 2004) acreditam que existe uma relação entre o sucesso político e a eficiência da assistência aos eleitores e dos atendimentos às suas reivindicações. Esse sistema de troca de favores é sustentado pela cooperação de ambas as partes, eleitores e vereadores.

Assim como os encarregados, o assessor parlamentar constitui um dos braços operacionais do vereador, como a extensão de sua atuação política. Desempenha um papel fundamental no cotidiano do mandato parlamentar, exercendo funções de apoio técnico, político e administrativo. Na prática, entre suas principais funções está o atendimento direto à população, por meio da escuta de demandas, solicitações e reclamações dos eleitores, que posteriormente são encaminhadas ao vereador.

Dessa forma, contribui para a manutenção e fortalecimento dos vínculos entre o parlamentar, os encarregados e suas bases eleitorais. Além disso, podem ser responsáveis por auxiliar a elaboração de projetos de lei, indicações políticas e discursos, configurando-se como elemento-chave na operacionalização das funções legislativas, fiscalizadoras e representativas do mandato (SILVA, 2001).

Além de todas as atribuições mencionadas, os assessores também são responsáveis pela ampliação da rede de contatos no intuito de também aumentar o número de eleitores de seu vereador. Eles mantêm contato direto com os encarregados e, por vezes, fazem a ponte até o vereador. Em vista disso, alguns vereadores optam por preencher as vagas de assessoria com seus próprios líderes comunitários. Esses líderes foram mencionados pelos vereadores entrevistados como “liderança”, termo utilizado no município para se referir aos líderes comunitários, que são conhecidos na região e dispõem de influência.

A partir das entrevistas, foram identificados três diferentes elementos considerados pelos vereadores na seleção de seu pessoal, incluindo assessores parlamentares e encarregados, os quais refletem as dinâmicas políticas e necessidades práticas do mandato. O primeiro elemento refere-se à relação pessoal, baseada em vínculos de confiança e lealdade, fatores fundamentais para o cotidiano do trabalho político e para o manejo de informações sensíveis.

O segundo elemento diz respeito ao voto, entendido como o apoio eleitoral que os potenciais assessores, encarregados e/ou líderes políticos, são capazes de oferecer, ou seja, o retorno eleitoral que podem conferir ao vereador. Esse critério costuma ser reforçado quando eles se candidatam a eleições municipais, mesmo sem intenção de vitória, como forma de demonstrar seu “valor político”. Além disso, suas relações também são levadas em consideração, de modo que, quando esses profissionais são conhecidos, mantêm ampla rede de contatos e exercem influência sobre grupos de eleitores; se tornam potenciais geradores de votos para o vereador. Dessa forma, o apoio individual e a capacidade de mobilização de terceiros constituem fatores estratégicos na avaliação de quem integrará a equipe parlamentar.

O terceiro e último elemento refere-se ao conhecimento técnico, que se apresenta como um critério relevante na seleção de assessores parlamentares, sobretudo diante das exigências legislativas, burocráticas e administrativas do mandato. Nesse sentido, os vereadores tendem a valorizar a formação acadêmica, experiências profissionais e habilidades específicas capazes de qualificar o

desempenho do assessor no exercício de suas funções. Entretanto, no caso dos encarregados, esse critério assume menor centralidade, uma vez que tais cargos, em geral, demandam apenas formação superior ou técnica, vinculadas ou não à área da saúde. Desse modo, a composição das equipes do vereador, em geral, resulta da combinação destes elementos. Portanto, para ser selecionado é desejável que o "candidato" disponha de pelo menos um dos três elementos.

A análise das entrevistas e do trabalho de campo evidencia a presença de um arranjo relacional no qual vereadores e encarregados atuam como mediadores entre a população e o Estado, propriamente dito, implementando as políticas públicas de saúde por meio de práticas cotidianas formadas por discricionariedade, intermediação e negociações. A atuação dos encarregados na gerência das UBSs, entre a burocracia e a política, nos mostra como as decisões podem ser atravessadas por vínculos políticos e eleitorais, podendo influenciar diretamente no acesso aos serviços públicos de saúde.

Nesta perspectiva, a análise desenvolvida neste capítulo demonstrou que a gestão das UBSs em Campos é atravessada por relações políticas que influenciam, de forma concreta, o processo de implementação da política pública de saúde. Os encarregados, situados entre a burocracia e a arena política, exercem sua discricionariedade em um contexto marcado por indicações e mediações. Enquanto os vereadores consolidam seu papel como intermediadores das demandas, reforçando vínculos com suas bases eleitorais por meio do acesso aos serviços públicos. Desse modo, a política de saúde, no nível local, revela-se como resultado da interação permanente entre as normas institucionais, estratégias políticas e as práticas cotidianas, evidenciando que a implementação da política pública não ocorre à margem da política, mas imersa nela.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em todo o percurso dessa tese foi possível perceber contextos, situações e condições dadas como normais, sem questionamentos, do tipo: são assim porque são assim e, vida que segue... Acontece que a curiosidade do pesquisador (pesquisadora, no caso) acaba desvelando nuances dessa normalidade. Não no sentido policialesco, acusatório. Mas, acadêmico, de tentar entender como a realidade (e os atores) se moldam frente às demandas sociais, e dos interesses (dos demandantes da política e daqueles que detêm a condição de ofertantes). É como se a observação dessa tese apontasse: a política é pública, mas tem camadas para acessá-la.

Assim, no decorrer da pesquisa buscou-se analisar, o papel dos vereadores no processo de implementação das políticas públicas de saúde na Atenção Básica, o município de Campos dos Goytacazes (RJ), com atenção especial às Unidades Básicas de Saúde e as dinâmicas informais presentes na gestão cotidiana da unidade. E compreender, de que maneira a atuação legislativa é inserida no funcionamento da política pública, interferindo em sua implementação, nos fluxos internos, nas formas de acesso e em seus resultados, que são os serviços de saúde propriamente dito.

Partimos da premissa de que a política pública, principalmente durante o momento de implementação, não pode ser compreendida exclusivamente a partir de seu desenho normativo, ou de suas diretrizes institucionais. Trata-se de um processo dinâmico, permeado por constantes interações, negociações e diferentes interpretações pelos agentes, burocratas do nível de rua, que atuam na ponta do sistema. Ficou evidente que a discricionariedade desses agentes não opera de forma isolada ou autônoma em relação a arena política. Pelo contrário, ela é atravessada pelas interferências provenientes das relações entre Executivo e Legislativo municipal.

Por um lado, a discricionariedade do burocrata de nível de rua é apenas uma camada dessa casca. Existem outras e outras e outras; que colocam nessa arena a variável da política, no seu pior sentido: do favor, do prestígio e do voto. Esse último não foi testado, como numa análise de conexão eleitoral. E por outro, joga luz nessa normalidade, de conhecimento amplo e irrestrito, por parte dos usuários, que a tratam

como algo normal, de prestígio e vantagem; como se ter acesso ao encarregado (uma das cascas) ou ainda mais ao vereador (outra das cascas), fosse uma condição de agilizar a vida. O que na verdade é, como se evidenciou na pesquisa.

Diante de toda essa complexidade e, a partir dos dados da pesquisa de campo, entendemos que essa prática não é exclusividade da atual legislatura, pelo contrário, atravessa diferentes mandatos no município e sugere um padrão de interação entre os atores políticos e os equipamentos públicos de saúde. A chamada “distribuição” das UBSs entre os parlamentares do legislativo municipal constitui um elemento central desse arranjo, que foi reconhecido pelos profissionais da saúde e mencionado por diferentes entrevistados. É a normalidade do fato em si. Ninguém estranha o fato, como se observou no campo. Tudo é normal. É parte do contexto.

A figura do encarregado é peça-chave nesse arranjo. Embora a normas da Política Nacional da Atenção Básica de 2017, atribua ao gerente de UBS funções técnicas e administrativas, relacionadas ao planejamento, coordenação e organização do processo de trabalho, a realidade observada indica que, no município de Campos, o cargo de encarregado frequentemente assume uma dimensão política. Na maioria dos cargos o profissional é indicado por um vereador, que cria vínculos que extrapolam a lógica técnica e administrativa da função. Estando nessa posição estratégica, o encarregado faz um elo entre o parlamentar, os profissionais da unidade e os usuários dos serviços de saúde.

Observou-se que essa intermediação pode se expressar de diferentes formas, seja no agendamento de consultas e exames; na priorização dos atendimentos e distribuição de medicamentos; e na organização das demandas encaminhadas pelos vereadores. Dessa forma, a discricionariedade típica da burocracia de nível de rua, formulada por Lipsky (1980) e aplicada no contexto brasileiro por Lotta (2010), passa a ser condicionada pelas expectativas e pressões políticas e dos usuários. Trata-se de um entrelaço entre as normas técnicas e a relações políticas, no qual as decisões cotidianas nas UBSs extrapolam os critérios puramente normativos.

O atendimento das demandas individuais por consultas, exames e outros serviços de saúde, são uma das formas de atuação dos vereadores junto as suas bases eleitorais. Apesar de se tratar de direitos garantidos pelo Sistema Único de Saúde, a percepção de dificuldades de acesso por parte dos usuários, como o elevado tempo de espera e o caminho burocrático regular por vezes ineficiente, cria oportunidades para que os vereadores atuem como um facilitador, encurtando os

caminhos burocráticos e acionando contatos, como o encarregado por exemplo, para viabilizar o atendimento de determinadas demandas.

Essa prática de “fura-fila” foi confirmada ao longo das entrevistas e faz parte do cotidiano político local. O atendimento de demandas relacionadas à saúde contribui para o fortalecimento da relação entre vereador e suas bases eleitorais. A própria população também participa da reprodução dessa dinâmica, pois além de ter conhecimento dessas práticas, muitos usuários recorrem a elas como estratégia para viabilizar e/ou acelerar o acesso aos serviços de saúde, o que acaba por estimular a continuidade desse formato de atuação.

A mediação de demandas tende a gerar sentimentos de gratidão e reconhecimento, reforçando vínculos políticos que ultrapassam o momento imediato do atendimento. Neste sentido, observou-se que, para além da gratidão e do reconhecimento da ação do vereador, surge entre alguns usuários o sentimento de serem pessoas especiais ou valorizadas por manterem contato com ator político e ter sua demanda atendida por isso. Dessa forma, a política pública de saúde também se torna espaço de construção e manutenção de vínculos políticos.

Analisando as relações entre Executivo e Legislativo, observamos que a formação de maiorias na Câmara Municipal e a necessidade de manter apoio político ao governo criam incentivos para a distribuição de espaços de influência, como as UBSs, que nesse cenário, funcionam como recurso estratégico. A possibilidade de indicar encarregados ou de intermediar demandas fortalece o papel do vereador junto às suas bases e sua posição nas negociações políticas com o Executivo.

É importante destacar que os efeitos dessas práticas não são uniformes. Pelo contrário, em alguns casos a mediação política pode agilizar o atendimento de algumas demandas urgentes, enquanto em outros, pode gerar desigualdades no acesso ao priorizar determinadas solicitações em detrimento de outras. A pesquisa não identificou a substituição dos critérios técnicos por critérios políticos, mas revelou constantes tensões entre o princípio da universalidade e práticas particularistas, momentos em que as normas e a política se imbricam.

A contribuição da presente tese se dá na aproximação de debates que nem sempre dialogam entre si, como a implementação de políticas públicas e burocracia do nível de rua; com a atuação legislativa municipal, ao revelar que os vereadores podem influenciar a implementação de políticas públicas por meio de indicações para cargos de gerência de UBS e mediações cotidianas.

Por fim, há que se ressaltar que o estudo apresenta limites. O recorte qualitativo e a seleção de seis unidades não permitem generalizações para todo o município de Campos, tampouco para outras cidades. Além disso, as dificuldades de acesso por parte dos vereadores limitaram o número de entrevistas com os parlamentares. Contudo, esses limites não invalidam os resultados, mas indicam que eles devem ser compreendidos dentro do contexto analisado. E joga luz numa questão ainda pouco debatida na literatura sobre implementação de políticas públicas e burocracia de nível de rua, que é a discricionariedade a mando de quem.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, Sérgio. “O Estado Executivo: Poder e Governabilidade”. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

ALMEIDA, Luciana R.; LÓPEZ, Carlos. “Políticas públicas e a gestão do Estado: Desafios e perspectivas”. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.

ALVES, Marilia; PENNA, Cláudia; BRITO, Maria. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. Ver Bras. Enferm, Brasília (DF), 2004.

AMORIM, Carlos Alberto. Princípio republicano, cargo em comissão e clientelismo político nos municípios do estado do Rio de Janeiro: reflexões sobre a profissionalização da função pública no Brasil. 2008. Dissertação (Mestrado) — Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

ANDRADE, R. C. Processos decisórios na Câmara dos Vereadores e na Assembleia Legislativa de São Paulo. In: ANDRADE, R. C. (org.). *Processo de governo no município e no estado*. São Paulo: Edusp/Fapesp, p. 11-40, 1998.

ANTUNES, Ricardo. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.

ARRETCHE, Marta. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Júlio Manuel (orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 285-306.

ARRETCHE, Marta. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

ARRETCHE, Marta. “Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia”. São Paulo em Perspectiva, v. 18, n. 2, pp. 17–26, 2004.

AVELINO FILHO, George. (1994). “Clientelismo e política no Brasil. Revisitando velhos problemas”. Novos Estudos. São Paulo, n°38.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O Pacto pela Saúde e os desafios da gestão federativa do SUS. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1087-1104, 2007.

BASILE, Maria Marília et al. Perfil dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n. 4, p. 441-446, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YQMTVLNWsp6rWDrWZT5sjys/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 dez. de 2025.

BAZZO Ana Paula, GIMENEZ Brígida, ALMEIDA Elisabete. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. Rev Gerenc Polit Salud (Colombia). 2014;13(27):168–80.

BOSCHI, Renato Raul. “Descentralização, clientelismo e capital social na governança urbana: comparando Belo Horizonte e Salvador”. In: Dados. Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, 1999, p.655-690.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Lei 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. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção primária e atenção especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 19 de mar. de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. Disponível em:https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos. Acesso em: 31 de mar. de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Municipalização e Normas Operacionais Básicas*. Brasília: MS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS - NOB 01/91 e 01/93*. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS - NOB 01/96.* Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnab_2017.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Diário Oficial da União, Brasília, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006: divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais*. Diário Oficial da União, Brasília, 22 fev. 2006. Disponível

em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 3 jun. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Brasília, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 11 Mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 31 mar. 2025.

CAETANO, B. “Executivo e Legislativo na esfera local: o caso do município de São Paulo”. Dissertação de Mestrado em Ciência Política, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004

CAIN, Bruce E. “The Personal Vote: Constituency Service and Electoral Independence”. Cambridge: Harvard University Press, 1987.

CÂMARA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Comissões parlamentares. Disponível em: https://www.cmbh.mg.gov.br/A-Camara/entenda-a-camara/comissoes-parlamentares. Acesso em: 3 dez. 2024

CARVALHO, A. L. B. et al. Perfil do novo gestor municipal (2017-2020) no âmbito nacional e regional: potencialidade e desafios para a tomada de decisão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, Rio de Janeiro, 2018, Anais eletrônicos [...] Campinas: Galoá, 2018.

CARVALHO, José Murilo de. “Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual”. Dados, v. 40, n. 2, 1997.

CARVALHO, N. R. *E no início eram as bases*: geografia política do voto e comportamento legislativo no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

CERVI, Emerson Urizzi. Produção Legislativa e Conexão Eleitoral na Assembléia Legislativa do Estado do Paraná. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, v. 17, n. 32, p. 159-177, fev. 2009.

CHERMONT, Sandro. *“*Assistencialismo, carência e voto*:* as câmaras municipais da região metropolitana do Rio de Janeiro”. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação de Mestrado UFRJ.

COUTO, Cláudio. e ABRÚCIO, Fernando Luiz. “Governando a cidade? A força e a fraqueza da câmara municipal”**.** São Paulo em Perspectiva (SEADE), v. 9, n. 2, 1995. p. 57-65.

COX, Gary W.; McCubbins, Mathew D. “Legislative Leviathan: Party Government in the House”. Berkeley: University of California Press, 1993.

DINIZ, Eli. “Voto e máquina política. Patronagem e clientelismo no Rio de Janeiro”. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito Administrativo. 32. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

DOMINGUES, M. A. U.; PIOLA, S. F. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Brasileira de Administração em Saúde*, n. 37, p. 417-435, 2010

DOWNS, Anthony. An Economic Theory of Democracy. New York: Harper & Row, 1957.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999

FARIAS, Francisco Pereira de. “Clientelismo e democracia capitalista”. In: Revista de Sociologia Política, Curitiba, v. 15, 2000. p. 49-65.

FERENHOF, Helio. “Métodos qualitativos de pesquisa: de dados à informação ao conhecimento; Formando pesquisadores. Santa Catarina. UFSC, 2018.

FERNANDES, Leia; MACHADO, Rebel; ANSCHAU, Geovana. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. Cien Saúde Colet. 2009;14(supl1):1541-1552.

FIGUEIREDO, A.; LIMONGI, F. *Executivo e Legislativo na nova ordem constitucional*. Rio de Janeiro:FGV, 1999.

FIGUEIREDO, Argelina; LIMONGI, Fernando. “Incentivos eleitorais, partidos e política orçamentária”. Dados. v. 45, n. 2, 2002, p.303-344.

FIGUEIREDO, Argelina. & LIMONGI, Fernando. "O Congresso e a Presidência no Brasil: 1986-1994". Editora da Universidade de Brasília.

FISHER, Roger; URY, William; e PATTON, Bruce. “Como Chegar ao Sim: Como Negociar Acordos Sem Concessões”. 2ª ed. 2011, Rio de Janeiro: Editora Record

FIUZA, Solange Cristina Rodrigues; COSTA, Lucia Cortes da. “O direito à assistência social: o desafio de superar as práticas clientelistas”. Serviço Social em Revista, v. 17, n. 2, p. 64-90, 2015.

FRACOLLI, L. A.; EGRY, E. Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 13-18, set. 2001.

GAY, Robert., 1998. “Rethinking Clientelism: Demands, discourses and practices in contemporary Brazil”. Conecticut College. Mimeo.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GOMES, C. A. T. “Conexão eleitoral na cidade: geografia do voto e projetos de lei em Belo Horizonte (2001-2007)”. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Minas Gerais, 2009.

GRAHAM, John. “The ethics of public service: Resolving moral dilemmas in public administration”. Thousand Oaks: Sage Publications, 1999

GRIN, E. J. “Executivo e Legislativo na cidade de São Paulo: coalizões políticas e o poder dos vereadores nos territórios”. *Revista Iberoamericana de Estudios Municipales*, vol. 3, nº 5, p. 65-94,2012.

JACCOUD, Luciana; MENESES, Aérica. Coordenação e relações intergovernamentais no SUS – o Pacto pela Saúde e o seu legado. In: JACCOUD, Luciana (org.). *Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2020.

KERBAUY, Maria Teresa Miceli. *Câmaras municipais, vereadores e representação política*. São Paulo: UNESP, 2005.

KUSCHNIR, K. *O cotidiano da política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

KUSCHNIR, Renato. “A política de implementação: O desafio das políticas públicas no Brasil.” Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

LEAL, V. N. *Coronelismo, enxada e voto*: o município e o regime representativo no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2012 [1948].

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.

LIPSKY, Michael. “Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services”. Nova Iorque: Russell Sage Foundation, 1980.

LOPEZ, Félix. “A política cotidiana dos vereadores e as relações entre executivo e legislativo em âmbito municipal: O caso do município de Araruama”. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, jun. 2004.

LOTTA, Gabriela Spanghero. Burocracia e implementação de políticas públicas. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2015.

LOTTA, Gabriela Spanghero; PIRES, Roberto Rocha C. Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas. Brasília: IPEA, 2019.

MATTA, Ludmila G. da. A saúde em Campos dos Goytacazes pede socorro: uma análise do Plano Anual de Saúde a partir do Conselho Municipal. Humanas Sociais & Aplicadas, v. 8(21), 2018

MAYHEW, David R. “Congress: The Electoral Connection”. New Haven: Yale University Press, 1974.

MEDEIROS, Jacinta de Aguiar. *O processo de reimplantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Campos dos Goytacazes/RJ entre os anos de 2009/2015: avanços e desafios*. 2018. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, 2018. Disponível em: UENF - Dissertação PDF. Acesso em: 27 maio 2025.

MELO, Marcus Vinicius. Descentralização e Políticas Regulatórias: a trajetória do SUS em Campos dos Goytacazes (RJ). Tese de doutorado. UENF. Rio de Janeiro, 2018.

MENDES, Â.; CARNUT, L. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, supl. 1, p. 224–243, 2018.
MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). “Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade”. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, Antônio Pedro. “Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa”. Revista Lusófona de Educação, n. 40, 2018. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. "Fase de trabalho de campo". In: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1992. Pp. 105-196.

MONTEIRO, C. F. de S. et al. A reformulação da PNAB em 2017: enfraquecimento da Atenção Básica e ameaça à consolidação do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1017–1030, 2019.

MONTEIRO, Jorge Vianna. “Elementos da Conexão Eleitoral”. In: A conjuntura das escolhas públicas. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2010.

MOROSINI, M. V. et al. A construção da Política Nacional de Atenção Básica. Fiocruz, 2006. Disponível em: sítio eletrônico. Acesso em: 22 jun. 2025.

NETO, Jofre. O legislativo e o poder local. In: BENEVIDES, Maria Vitória; VANNUCHI, Paulo; KERCHE. (org.) Reforma política e cidadania. São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 413-448.

NICHTER, Simeon. “Votes for survival: Relational Clientelism in Latin America”. Cambridge, University Press, 2018.

NUNES, Luceime; CASTANHEIRA, Elen; DIAS, Adriano; ZARILI, Thais; SANINE, Patrícia; MENDONÇA, Carolina, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. Rev. Panam Salud Publica. 2018;42:e 175.

O'DONNELL, G. “Delegative democracy?”. *Journal of Democracy*, vol. 51, p. 55-69, 1994.

OLIVEIRA, M. C., GONÇALVES, L., LIRA, R.A saúde em Campos dos Goytacazes pede socorro: uma análise do plano anual de saúde a partir do conselho municipal. Revista Perspectivas online. Vol. 8, nº21, p. 1-14. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. 1946. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em: 31 mar. 2025.

PACHECO, C. A. G. O impacto dos royalties do petróleo na arrecadação municipal e no desenvolvimento local**.** Rio de Janeiro: ABPG, 2004. Disponível em: https://www.portalabpg.org.br/PDPetro/3/trabalhos/IBP0181_05.pdf. Acesso em: 26 out. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI.* Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

PAIVA, A; GONZALEZ, R.; LEANDRO, J Coordenação federativa e financiamento da política de saúde: Mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. Novos estudos CEBRAP, v. 36, n. 2, p. 55–81, jul. 2017

PEREIRA, Carlos; MUELLER, Bernardo. “Partidos fracos na arena eleitoral e partidos fortes na arena legislativa: a conexão eleitoral no Brasil”. Dados, Rio de Janeiro, v.46, n.4, 2003.

PEREIRA, Carlos; RENNO, Lucio. “O que é que o reeleito tem? O retorno: o esboço de uma teoria da reeleição no Brasil”. Brazilian Journal of Political Economy, v. 27, n. 4, p. 664–683, out. 2007.

PEREIRA, Carlos; RENNÓ, Luciano. “Política e administração pública no Brasil: entre a formalidade e a informalidade”. 2001.

PETROBRAS. Territórios do petróleo. Disponível em: <https://territoriosdopetroleo.eco.br/index.php/baciacampos/> Acesso em: 01 de mai. de 2024.

PIMENTA, J. (2017). "A Influência da Câmara Municipal na Administração Pública". Editora FGV.

PIMENTEL, José Maria. “O clientelismo político e a política local no Brasil”. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

PIOLA, Sergio Francisco. “Financiamento público da saúde: uma história à procura de um rumo”. Texto para Discussão, Ipea, n. 1846, 2013.

PIOLA, Sérgio Francisco. “Transferências de recursos federais do sistema único de saúde para estados, distrito federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da lei complementar no 141/2012”. Ipea, n. 2298, 2017.

POLÍTICAS SOCIAIS: Acompanhamento e Análise Ipea, n. 22, 2014

PREUSS, Lislei. O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai. Tese de doutorado, PUCRS.Porto Alegre, 2011.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. “Conexão Eleitoral”, geografia do voto e produção legislativa: um estudo de caso. Rev. Cad. Metrop., São Paulo, v. 23, n. 51, pp. 581-603, maio/ago 2021 http://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2021-5106

ROCHA, Marta. “O poder de indicar: preferências legislativas de vereadores mineiros”. Cadernos Adenauer, nº 2. Poder Legislativo sob múltiplos olhares. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, p. 185-208, jul. 2017.

ROJAS, Nelson Carvalho, Geografia política das eleições congressuais: a dinâmica de representação das áreas urbanas e metropolitanas no Brasil Cadernos Metrópole, vol. 11, núm. 22, julio-diciembre, 2009

SANTOS, F. 1995. Microfundamentos do clientelismo político no Brasil: 1959- 1963. Dados, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 459-496

SANTOS, Fabiano. O Poder Legislativo nos municípios brasileiros. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

SANTOS, S. O orçamento na saúde: radiografia e possíveis diagnósticos em Campos dos Goytacazes. Dissertação defendida no programa de Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Candido Mendes, Campos dos Goytacazes, 91 p., 2008

SEIBEL, Andreas. “Administração pública no Brasil: teoria e prática”. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1997.

SILVA JÚNIOR, A.G. da; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.; CORBO, A. *Modelos de atenção e saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.27-42.

SILVA, Luciano Bairros da; SOUSA, Marcos Henrique Oliveira; OLIVEIRA, Elaine Cristina Tôrres; IÑIGUEZ-RUEDA, Lupicinio. *Gerentes de atenção básica à saúde: estudo de uma capital do Brasil*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, v. 21, p. 1-18, 2022.

SILVA, P. O Poder Legislativo municipal: estrutura, composição e produção. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SPRADLEY, James P. “Participant Observation”. Holt, Rinehart and Winston, 1980.
STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002.

STOKES, Susan. “Political Clientelism”. In: Robert Goodin (ed.), The Oxford Handbook of Political Science.Oxford Academic, online edn, set. 2013. Acesso: nov. de 2023.

UCHOA, Roberto; TRINDADE, Ocinei. “Violência em Campos com traços de grandes centros”. J3 News, Campos dos Goytacazes, 20 jun. 2021. Disponível em: https://j3news.com/2021/06/20/violencia-em-campos-com-tracos-de-grandes-centros/. Acesso em: 26 nov. 2024.

UGÁ, Maria Alícia. “Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, pp. 417–437, 2003.

VARGAS, Annabelle de Fátima Modesto; CAMPOS, Mauro Macedo; VARGAS, Diogo de Souza. “O risco dos extremos: uma análise da implantação do programa mais médicos em um contexto de volatilidade orçamentária”. Revista Eletrônica Gestão & Sociedade, v.10, n.26, 2016.

VAZQUEZ, Daniel Arias. “Mecanismos institucionais de regulação federal e seus resultados nas políticas de educação e saúde”. Dados, v. 57, n. 4, pp. 969–1005, 201.

VELHO, Gilberto. “A vida social como campo”. Rio de Janeiro. Editora UFRJ, 1994.

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.

VICTORA, Cesar Gomes; BARRETO, Maurício Lima; LEAL, Maria do Carmo; MONTEIRO, Carlos Augusto; SCHMIDT, Maria Inês; PELLEGRINI FILHO, Alberto; BARRETO, Sandhi Maria. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9782, p. 2042-2053, maio 2011

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. Disponível em:<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977> Acesso em: 26 out. 2024.

WEIRICH, Claci Fátima et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. Texto e Contexto-Enfermagem, v. 18, n. 2, p. 249-257, 2009.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/07.pdf> Acesso em: 19 dez. 2025.

ANEXOS

ANEXO I – Lista de municípios do estado do Rio de Janeiro que aderiram ao Pacto pela Saúde.

Angra dos Reis
Areal
Barra do Piraí
Barra Mansa
Belford Roxo,
Bom Jardim
Cachoeiras de Macacu
Carmo
Campos dos Goytacazes
Comendador Levy Gasparian
Cordeiro
Duas Barras
Duque de Caxias
Engenheiro Paulo de Frontin
Guapimirim
Itaboraí
Itaguaí
Itatiaia
Macaé
Magé
Mangaratiba
Maricá
Mendes
Mesquita
Miguel Pereira
Natividade
Nilópolis
Niterói
Nova Iguaçu
Paracambi
Paraíba do Sul
Paty do Alferes
Pinheiral
Piraí
Porto Real
Quatis
Queimados
Quissamã
Resende
Rio Bonito
Rio Claro
Rio das Flores
Rio de Janeiro
Santa Maria Madalena
São Sebastião do Alto
São Gonçalo
Sapucaia
Seropédica
Silva Jardim
Trajano de Moraes
Três Rios
Valença
Vassouras
Volta Redonda.

FONTE: Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *Pacto de Gestão*. Disponível em: https://www.saude.rj.gov.br/planejamento-em-saude/pacto-interfederativo/pactos/2018/04/pacto-de-gestao. Acesso em: 4 dez. 2025.

ANEXO II – Lista de atribuições do gerente de UBS segundo a PNAB 2017

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na

AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Questionário para vereadores

BLOCO I - PERFIL DOS VEREADORES

1. Mandato:

- 2021-2024
- Outro: _____

2.Partido atual: _____

3.Partido que se elegeu: _____

4.Posição em relação ao governo municipal:

- Posição
- Oposição
- Independência

5.Quantidade de mandatos exercidos, considerando o atual:

- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais:_____

6.Pretende se manter na política e/ou se candidatar para cargos eletivos nos próximos anos? Se sim, qual?

- Vereador
- Deputado Estadual
- Deputado Federal
- Prefeito
- Governador
- Outro: _____
- Não pretende

7. Qual era sua ocupação antes de se tornar vereador?

8. Atualmente, além de vereador, possui alguma outra ocupação?

9.Participa de alguma instituição ou entidade? Ex: Religiosa, sindicato, entidades de assistência social?

10.Desenvolve algum tipo de assistência social? Ou possui algum centro de assistência social?

11.Dos projetos de lei que já apresentou, algum deles foi relacionado à saúde?

12. Desenvolve ou já desenvolveu ações na área da saúde? Quais?

BLOCO II - ATUAÇÃO LEGISLATIVA

1.Qual seu principal objetivo como ator político?

2.Quais as áreas prioritárias do seu mandato? (Luta por alguma causa específica?)

- Educação
- Saúde
- Meio ambiente
- Saneamento
- Transporte
- Esporte
- Direito das mulheres
- Juventude
- Pessoa com deficiência
- Idoso
- Outros:_____ _____ _____ _____

3.Dentre tantas atribuições de um vereador, qual considera a mais importante? Por quê?

- Criar e aprovar leis
- Fiscalizar a atividade do Executivo
- Votar orçamento do município
- Indicações (por escrito)
- Outros

4.Quais as atividades do mandato que consomem maior tempo e energia? (As mais desafiadoras). Por quê?

- Criar e aprovar leis
- Fiscalizar a atividade do Executivo
- Votar orçamento do município
- Indicações (por escrito)
- Outros

5. Como define sua relação com a administração municipal e com o prefeito?

6. Existem áreas ou temas específicos que considera prioritários ao tratar com a administração municipal? Se sim, quais são?

7. Como são definidas as prioridades para o atendimento das demandas da população no município? O sr., como vereador, sente que tem influência nesse processo?

8. Possui costuma manter uma relação próxima com seus eleitores?

9. Com que frequência o sr. é procurado pelos eleitores?

- Todos os dias

-
- De 4 a 6 vezes por semana
- De 1 a 3 vezes por semana
- Algumas vezes por mês
- Raramente
- Outros:_____

10. Qual é o principal motivo dos eleitores te procurarem?

- Fazer pedidos
- Apresentar denúncias
- Conseguir algum tipo de informação
- Dar sugestões
- Fazer reclamações sobre órgão e serviços públicos
- Outro motivo:

11. Em que lugar é mais procurado pelos eleitores?

- Residência
- Outro local de trabalho
- Câmara Municipal
- Rua/ locais públicos
- Bairro/ comunidade/ distrito/ região
- Telefone/ redes sociais
- NR
- Outros:_____

12. Qual é o pedido mais frequente que os eleitores apresentam ao sr.?

- Atendimento médico/ ambulância/ vaga em hospital
- Emprego
- Melhorias na rua ou no bairro
- Apoio a causas coletivas
- Recursos materiais como gás, cesta básica, material escolar ou de construção
- Ajuda para obter atendimento em órgãos públicos
- Dinheiro
- Assessoria jurídica/advogado
- Transporte
- Ajuda para tirar documentos
- Vaga em escola
- NR
- Outro:_____

13. De que forma busca atender a esses pedidos?

- Apresenta uma indicação ou requerimento
- Busca a ajuda do prefeito /secretários/ funcionários da prefeitura
- Encaminha a pessoa para o órgão competente
- Usa seus próprios recursos
- Apresenta um projeto de lei
- Pede a ajuda de amigos e familiares
- Outra forma:_____

14.Em relação às queixas, quais são as principais que recebe dos eleitores? Alguma delas relacionada à saúde?

15. Concorda com o fato desses pedidos e/ou queixas serem feitas ao senhor ? Por que?

16.Como lida com as demandas recebidas por parte dos eleitores, tendo em vista que é impossível atender a todas?

BLOCO III

SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL

1.Em sua opinião, como um vereador pode contribuir para a promoção da saúde no município?

2.Costuma visitar ou estar presente em unidades de saúde pública?

3. Como é recebido nesses ambientes?

4.Como avalia a saúde básica no município? Sendo 1 Ruim e 5 excelente

- 1.Ruim
- 2. Médio
- 3 Bom
- 4.Muito bom
- 5. Excelente

5.Como avalia as UBSs do município? Sendo 1 Ruim e 5 excelente

- 1.Ruim
- 2. Médio
- 3 Bom
- 4.Muito bom
- 5. Excelente

6. O que você acha que pode ser feito para melhorar os serviços prestados nas unidades?

7. Acredita que existem diferenças no atendimento entre as UBSs ou todas elas seguem o mesmo padrão? Por que?

APÊNDICE II - Questionário para profissionais da saúde

Profissional (cargo):_____

Unidade de saúde:_____

Forma de ingresso no atual cargo (vínculo empregatício): _____

1.Como ingressou no seu atual cargo? (Processo seletivo; indicação)

2.Numa escala de 1 a 5, onde 1 é RUIM e 5 é EXCELENTE, como você avaliaria o funcionamento dos serviços de saúde da unidade em que atua?

1.Ruim
2.Razoável
3.Bom
4.Muito bom
5.Excelente

3. Em sua opinião, quais são os pontos fortes da unidade? E as principais fraquezas?

4.Como é o sistema de marcação de serviços nesta unidade? Acredita que esse sistema é eficiente?

5.É comum receber pedidos de “favores”, como “encaixes” de pacientes que não estavam agendados? De onde ou de quem vem esses pedidos?

6.Você acha que esses pedidos impactam no funcionamento da unidade? Como?

7.Em situações em que os pacientes não conseguem o tipo de atendimento ou serviço desejado aqui na unidade, quais medidas eles costumam tomar? A quem eles recorrem?

8.Você sente segurança em relação a estabilidade do seu trabalho aqui? Por quê?

9.Você percebe, ou já percebeu, a influência de políticos nesta unidade de saúde? De que forma?

10.Você sabe de qual vereador “é” essa unidade?

APÊNDICE III - Questionário para encarregados

APÊNDICE IV: QR Code para acessar ao mapa interativo dos estabelecimentos de saúde do município de Campos dos Goytacazes

