

O RISCO DOS EXTREMOS: UMA ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM UM CONTEXTO DE VOLATILIDADE ORÇAMENTÁRIA

Annabelle de Fátima Modesto Vargas¹, Mauro Macedo Campos², Diogo de Souza Vargas³

1 Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF

2 Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF

3 Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF

RESUMO

O artigo busca analisar desafios e impasses na implementação do Programa Mais Médicos, no município de Campos dos Goytacazes, no Estado do Rio de Janeiro. O estudo pretende ressaltar a guinada nas estratégias e ações da gestão pública municipal de saúde e, mais especificamente, traz como diferencial analítico a mudança de status orçamentário do município, decorrente da queda dos royalties do petróleo e as implicações na condução das políticas públicas. O argumento parte, de um lado, dos tempos de abundância e de escassez de recursos; e de outro, da empiria, relatada pela experiência profissional na Estratégia Saúde da Família. Os achados apontam que a chegada de médicos estrangeiros promoveu uma reestruturação positiva dos serviços de saúde. No entanto, pode-se perceber que o intercâmbio cultural, possibilitado pelo contato entre os profissionais brasileiros e cubanos no cotidiano de trabalho, propiciou novas práticas profissionais, valorizando as tecnologias relacionais.

PALAVRAS-CHAVE

Orçamento; Gestão pública; Serviços Públicos de Saúde; Programa Mais Médicos; Royalties.

ABSTRACT

This article aims to analyze the challenge and dilemmas concerning the implementation of the More Doctors Program in the city of Campos dos Goytacazes, in the state of Rio de Janeiro. This study intend to emphasize the change of the strategies and actions in the municipal public health management, more specifically, to bring this change in the municipal status budget, due to the falling of the petroleum royalties and the implication of the public policies conduct. This argument varies between the times of abundance and lack of resources and, on the other hand, of empiricism, reported by professional experience in the Family Health Strategy. The results show that the arrival of foreign doctors promoted a positive restructuring of health services. However, we can realize that the cultural exchange, due the contact between the Brazilian and Cuban professionals in the everyday routine could enable new professional practices, enriching relational technologies.

KEYWORDS

Budget; Public Management; Public Health Services; More Doctors Program; Royalties.

INTRODUÇÃO

Este artigo busca analisar os impactos da implementação do Programa Mais Médicos (PMM), do Governo Federal, no município de Campos dos Goytacazes, no Estado do Rio de Janeiro. Até aí, não há muita novidade. No entanto, este estudo busca ressaltar uma guinada nas estratégias e ações da gestão pública municipal de saúde, neste município.

Em termos mais específicos, o artigo traz como diferencial analítico a mudança de status orçamentário do município e as implicações na condução das políticas públicas. O argumento central parte de dois tempos distintos: a abundância orçamentária dada pela chamada “sorte geográfica” (SERRA, 2005), do município, pelo amplo volume de recursos de royalties do petróleo e participações especiais; e o segundo momento, exatamente a perda dessa importância, tanto pela queda dos preços no mercado internacional, quanto pela mudança na partilha dos royalties que tirou a concentração exacerbada no município produtor.

Explicamos melhor. O estudo contempla o principal município, em termos de expressão econômica e populacional da região Norte Fluminense, e também o mais afetado pelas ações do complexo produtivo de petróleo e gás, que o coloca também, com o principal receptor de royalties de petróleo do País. Dito isso, tem-se o fato de que o insulamento financeiro fez com que o município abrisse mão de programas e recursos de outras esferas de governo. Não no todo. Mas, em boa medida, houve, ao longo do período de bonança orçamentária, um redirecionamento dos programas e das políticas públicas. Ou seja, as adesões a estas políticas ocorriam de forma incompleta. E por outro lado, a complementariedade dava-se em função da autossuficiência de recursos orçamentários.

O que se pretende aqui, trata-se de um esforço de conhecer os rumos da adesão a políticas públicas de caráter federativo coordenadas pela esfera federal. Nesse sentido, o artigo busca analisar os desafios e impasses na implementação do PMM, recém-criado pelo Governo Federal, com caráter coordenado entre as esferas subnacionais, e com um enfrentamento cooperativo evidente. Adiciona-se também, o fato deste estudo contemplar um município cujo time político e financeiro reflete diretamente os efeitos de uma crise econômica e de mudança na partilha de recursos de royalties. Para tanto, o desenvolvimento do artigo toma como base a caracterização do lócus de estudo, em que pese a abundância (e escassez) de recursos, frente aos desafios de expansão dos serviços prestados na Atenção Básica pelo município. O estudo se limita ao período de implementação do PMM, até o último ano de disponibilização dos dados – de 2013 a 2015. Com base nesta orientação de caráter mais analítico, é que se pretende dar forma para este artigo.

MÉTODO

O caminho percorrido para a construção deste artigo toma como norte a análise da composição orçamentária do município, em que pese os dois tempos: a abundância de recursos e a escassez. A ideia aqui é chamar a atenção do leitor para a queda abrupta no orçamento do município em função da perda de parte substancial da receita oriunda dos royalties do petróleo, que garantia a “pseudo autossuficiência” financeira, que colocava o município em uma condição privilegiada frente aos demais entes federados. Compõe ainda, o detalhamento das contas repassadas para a saúde local, de modo que se possa destacar o volume de recursos para a atenção básica – além e outras destinações. Trata-se de um estudo de caráter descritivo-analítico. E este

talvez seja o percurso mais “técnico” do artigo. Não o único. Pois, o estudo se orienta também, a partir de um método artesanal (BECKER, 1997), adequando elementos de um relato de experiência profissional dos pesquisadores, tendo como base a vivência de campo com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que permitiu a realização de um ensaio reflexivo a partir dos elementos encontrados.

CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

A região Norte Fluminense é considerada uma área de grandes contrastes econômicos, sociais e ecológicos, sendo essas características, em sua maioria, reflexos do seu contexto histórico-ambiental. Na sua perspectiva histórica, é possível identificar claramente duas fases temporais importantes, relacionadas à atividade econômica da região: ligadas às indústrias sucro-alcooleira, hoje sem a força econômica que antes era observada, e a do petróleo.

Foi a partir da década de 1970 que a indústria do petróleo passou a influenciar fortemente a região norte Fluminense, principalmente os municípios de Campos dos Goytacazes e Macaé. Trata-se do maior reservatório de petróleo do Brasil, que corresponde a mais de 80% da produção offshore, que são as plataformas de extração de petróleo no mar.

Com esse novo fator, e com a riqueza gerada por ele, houve um grande aumento de demandas e oportunidades, tendo em vista a quantidade de royalties de petróleo que eram destinados aos municípios da região, que deveriam ser acompanhados de grande desenvolvimento para a área (CARVALHO; TOTTI, 2006). E é a partir do loop financeiro dos últimos anos que assolou o município de Campos dos Goytacazes – com população próxima de 500 mil habitantes, pelo IBGE, 2015

–, que se assenta a proposta deste artigo, tomando como destino analítico a gestão dos programas coordenados de saúde pública.

COMPOSIÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS E INVESTIMENTOS LOCAIS

Esta seção chama atenção para a formação do orçamento público local. Os recursos disponíveis ao município, sejam para o custeio ou para dar conta das políticas públicas locais é uma variável importante para que se possa verificar a capacidade local em atender as demandas da sociedade. Tais informações ajudam na construção dos argumentos aqui presentes, em especial o volume de recursos destinados às políticas de saúde. Não é demais lembrar que o município conta com a chamada “sorte geográfica”, que o coloca como receptor privilegiado de royalties de petróleo e participações especiais.

O período analisado, de 2013 a 2015, corresponde ao ano de início da vigência do PMM, que será destacado mais adiante. Por hora remete apenas ao recorte temporal para o desenvolvimento deste estudo. A tabela 1 destaca o volume destes recursos para os municípios sob análise.

A primeira linha de recursos refere-se às transferências orçamentárias constitucionais, onde tem destaque a soma do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), que representam conjuntamente, 99% do volume total da conta, que teve uma elevação no tempo, em média acompanhando a inflação do período. Nada que altere os rumos orçamentários a partir de uma análise isolada dessa conta.

Tabela 1- Repasses Orçamentários: Campos dos Goytacazes, RJ (2013 a 2015 - em R\$ do ano corrente).

Descrição da Conta de Repasse/ANO	2013	2014	2015
Transferências Orçamentárias	200.876.818	210.102.619	215.783.462
Royalties (+) Participações Especiais	1.303.272.972	1.208.366.996	550.787.779
Repasses Financeiros/SUS	113.913.504	132.351.981	137.943.501
TOTAL	1.618.063.294	1.550.821.596	904.514.742

FONTES: http://www3.tesouro.gov.br/estados_municipios/municipios_novosite.asp;
<http://inforoyalties.ucam-campos.br/>;
<http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>

Tabela 2 - Repasses Financeiros do SUS: Campos dos Goytacazes, RJ (2013 a 2015 - em R\$ do ano corrente).

Descrição da Conta de Repasse SUS/ANO	2013	2014	2015
Atenção Básica	13.466.907	16.082.655	15.820.326
Média e Alta Complexidade	91.194.909	108.712.662	110.309.748
Assistência Farmacêutica	2.372.755	2.387.248	2.188.307
Gestão do SUS	40.000	185.000	34.000
Vigilância em Saúde	4.504.266	4.424.349	4.692.813
Investimentos	2.334.667	560.067	4.898.306
TOTAL	113.913.504	132.351.981	137.943.501

FONTE: <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>

A queda abrupta na arrecadação do município foi exatamente àquela proferida pela “sorte geográfica”, dada pelo repasse dos royalties do petróleo. A redução chegou a 54,5% entre os dois últimos anos da análise. Isso em uma conta de repasse que chegou a 80,5% do total das transferências de recursos. Ou seja, a perda da metade dos repasses decorreu de uma única conta, que reflete exatamente o cenário de incertezas para uma economia local que depende, em larga escala, dessa commodity. Tal dependência do repasse chega a 55,9%, no caso de Campos dos Goytacazes, que em boa medida, não estimulou alternativas econômicas que pudesse suprir a queda orçamentária.

E no que se refere aos repasses, em valores agregados, do Sistema Único de Saúde (SUS) ao município, houve aumento nos repasses, em especial entre os dois primeiros anos, mas nada que pudesse reverter, no todo, a queda dos royalties ao longo da série. Ao desagregar os valores repassados para a saúde do município tem-se os repasses discriminados por categorias. A tabela 2 apresenta os valores repassados ao município.

O que objetivou nessa seção foi destacar a capacidade orçamentária do município, bem como os valores destinados às políticas de saúde. A variação, ao longo dos anos analisados, para as contas de repasse fundo a

fundo para a saúde do município não representou significância analítica. Todavia, o colchão financeiro embasado nos royalties e que, em boa medida respaldava a autossuficiência do município perdeu em escala. Em outras palavras, o tempo da bonança chegou ao fim. Sobrou o cotidiano comum à grande maioria dos municípios brasileiros, que no caso de Campos dos Goytacazes, acaba sendo visto como escassez.

O PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES

Em meados do século passado, o Brasil viveu uma crise em seu modelo de saúde, em boa medida, caracterizado pela prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas. A prevalência deste modelo resultou na criação de um complexo médico-industrial e o consequente deslocamento da prestação de serviços médicos a entes privados lucrativos e não-lucrativos.

A esta “escolha de modelo” já encontrava amparo em argumentos propalados pela própria gestão pública antecedente ao SUS. Jairnilson Paim (2009) ressalta que durante ao Governo Geisel, no interior da pasta do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), já se caracterizava o sistema de saúde brasileiro como sendo insuficiente; mal distribuído; descoordenado; inadequado; ineficiente; ineficaz. Um arranjo, que por si, apontava a complexidade do sistema de saúde no Brasil, com um emaranhado de atores e interesses plurais, convivendo em um mesmo ambiente. É nesse terreno fértil – para qualquer coisa, menos o consenso – que o embrião do SUS ganha contornos mais definitivos.

A criação do SUS (formalizado na Constituição Federal de 1988 e legitimado em 1990 pela Lei

Orgânica da Saúde) concede o direito a saúde à condição de cidadania, de forma solidária e democrática, sem discriminações ou privilégios.

Em termos do custeio da saúde pública no Brasil o financiamento é composto de recursos provenientes dos orçamentos dos governos federal, estaduais e municipais. Os recursos destinados ao SUS são originários do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e alocados no Fundo Nacional de Saúde (FNS). A maior responsabilidade pelo financiamento do SUS cabe ao governo federal. As transferências de recursos públicos para as subunidades de governo ficam condicionadas à existência do Fundo de Saúde e à apresentação do Plano de Saúde para o município, aprovado pelo Conselho Municipal, que estabelece a contrapartida dos recursos do orçamento de todos os entes federados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Os repasses para os entes federados ocorrem de acordo com critérios estabelecidos – população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho em períodos anteriores, plano de investimentos na rede local de saúde, dentre outros – e negociados com as Comissões Intergestoras Bipartites e Tripartites.

Um mecanismo importante de transferência de recursos do FNS às subunidades de governo ocorre por meio de repasses regulares e automáticos, representados pelo Piso de Atenção Básica (PAB), que consiste em aportes financeiros, fixos e variáveis, destinados ao custeio de ações de assistência básica e sob a responsabilidade dos governos municipais.

Vale ressaltar que o processo de descentralização formatou novos espaços de poder garantindo legitimidade e competência às subunidades de governo, bem como possibilitou a consolidação do SUS em um ambiente de ampla heterogeneidade e com

espaços para as novas burocracias do sistema (JUNQUEIRA, 1997). A implementação da agenda do SUS, de forma descentralizada, contou com a imensa disponibilidade dos recursos federais. No entanto, apesar do peso expressivo do custeio da União, houve uma queda relativa destes recursos federais, em detrimento de uma participação mais efetiva dos municípios no financiamento da saúde (KRANZ e ROSA, 2014).

Tais questões complexificam os mecanismos de operacionalização sistema de saúde pública e amplia as dificuldades na implementação e condução do programa proposto pelo SUS, sobretudo ao colocar na mesma arena de negociação interesses divergentes. Neste sentido, o SUS multiplicou as arenas de conflito entre estes atores sociais, assim como as formas de articulação dos interesses relacionados à política de saúde (SILVA, 1997). E em uma tentativa de fortalecimento do SUS, alguns programas foram colocados em prática, destaque para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, e para o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, hoje denominado ESF (BRASIL, 2009).

Trata-se de um programa inspirado em experiências de outros países cuja saúde pública alcançou níveis de qualidade, como em Cuba, Canadá e Inglaterra, como também em iniciativas nacionais – Programa Médico de Família, pioneiro no país, criado em 1992 em Niterói, RJ. Nesse sentido, a ESF no Brasil adquiriu características próprias diante de sua realidade, mas focada em priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua (FONTINELE, 2003).

Após um rápido sobrevôo sobre os princípios do surgimento do SUS e da ESF no Brasil, podemos discutir como os serviços de saúde foram sendo

estruturados localmente. É sabido que as questões locais podem ilustrar um espectro maior, em um ambiente com regras que assumem um caráter transversal e as ocorrências se replicam. Em específico, para o caso do município de Campos dos Goytacazes, no Estado do Rio de Janeiro, como já ressaltado, a implantação da ESF somente se efetivou em 1998, firmando ali o seu compromisso formal com o SUS, habilitando-se na condição Plena da Atenção Básica em 1998, prevista na Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS) (VENÂNCIO, 2001). Pode-se perceber, então, que o município não foi habilitado pela NOB-SUS/1993 durante o período de cinco anos após a publicação da norma operacional.

Ao longo deste período, um total de 24 municípios do Estado do Rio de Janeiro foram habilitados pela NOB, o que correspondeu a 29,3% do total de municípios do Estado e a 65,98% de sua população. Como demonstrado por Viviane Siqueira Venâncio (2001), o município de Campos dos Goytacazes passou a maior parte da década sem firmar um compromisso formal com o SUS no que tange ao processo de municipalização. Vale ressaltar que sem a devida habilitação do município não é possível assumir as funções plenas de um gestor, ficando para a Secretaria Estadual de Saúde a definição do pagamento dos seus prestadores. Neste sentido, as unidades conveniadas ao SUS remetiam suas faturas diretamente ao órgão estadual, que informava ao Ministério da Saúde para processo dos pagamentos.

Tal condição, de independência financeira e política das regras federais, destoava com a realidade do município (VENÂNCIO, 2001). Isso é fato porque, de acordo com o primeiro secretário municipal de saúde da década de 1990, Campos tinha uma rede municipal de saúde bastante precária, contando apenas com

alguns ambulatórios de pediatria, clínica médica e obstétrica, além de um posto de vacinação, em uma visão “puramente assistencialista” (p.76).

A partir de 1998 o município se habilita na condição Plena da Atenção Básica, o que fez com que houvesse um decréscimo na prestação de serviços básicos, a partir de 1999, por parte do prestador privado, chegando a não realizar nenhum atendimento posteriormente a este período.

O desempenho do prestador municipal frente à Atenção Básica, desde então, ganhou maior importância, ficando a prestação do “atendimento básico” realizado em sua grande maioria pela rede municipal. A oferta de serviços, desse modo, tornou-se segmentada pelo mercado: os procedimentos menos complexos, portanto menos lucrativos, foram assumidos pela rede municipal e o reforço da alta complexidade ficou nas mãos da rede privada. Já em dezembro de 2000, Campos dos Goytacazes alcançou 123 unidades ambulatoriais, obtendo, desse modo, um crescimento de cerca de 10%, ao longo de dois anos. A rede própria municipal possuía, nesse ano, a grande maioria das unidades (82,9%), sendo divididas entre policlínicas (65,7%), unidades de saúde da família (20,6%), unidades mistas (8,8%) e uma farmácia, uma clínica especializada, um consultório e um pronto-socorro especializado (VENÂNCIO, 2001).

A implantação da ESF no município ocorreu em 1999 e teve de início 33 equipes cadastradas, 52.304 famílias inscritas e 196.970 cidadãos assistidos. A expansão deste serviço, de acordo com Diogo Lyra (2011) foi expressiva, e em 2006 o município já contava com 53 equipes de ESF e 59 pontos de PACS. Acontece que estes números apresentaram apenas uma parte da política e da gestão de saúde local. Não o todo.

A implementação da política no âmbito local contou com ingredientes exógenos que alteraram o perfil e o funcionamento da política deixando um “vácuo” nas ações e no atendimento da população local. E se explica pela suspensão da política, em função de um movimento promovido pelo Ministério Público Federal (MPF) que propôs uma ação civil pública por improbidade administrativa [Processo nº. 2008.510.300.1600-6] contra representante do Executivo municipal, o secretário de saúde e contra a coordenadora da ESF.

A ação de improbidade foi motivada por ilegalidades na ESF, como violação dos princípios da administração pública. Os autores da ação propuseram, em pedido liminar, afastamento dos réus de seus cargos, proibindo a contratação de profissionais por programas da área da saúde e apresentação dos dados comprobatórios da aplicação dos recursos da ESF11. Os desdobramentos da ação civil, em que pese as denúncias e irregularidades presentes município, redundaram na extinção da ESF em março de 2008, deixando um “vácuo” na prestação de serviços públicos de saúde no município.

Em termos práticos, a extinção da ESF em Campos trouxe consequências negativas para o município, tanto que esta questão foi apontada para ser discutida em uma audiência pública na ALERJ. Neste sentido, de acordo com Diogo Lyra (2011) os hospitais de emergência tiveram um aumento de 30% no número de seus atendimentos em consequência do fechamento da ESF, como exposto pelo secretário de saúde à época.

Vale ressaltar que, a implementação da ESF no município esteve permeado por disputas políticas, que acabaram por desestruturar toda a Rede de Atenção à Saúde. Como já apontado

por Viviane Venâncio (2001), a descentralização no município de Campos ocorreu de forma tardia e desvinculada das propostas e dos programas federais.

A abundância orçamentária dos recursos do petróleo permitiu que a Prefeitura de Campos dos Goytacazes ao longo dos anos, nos seus diversos departamentos, implantasse programas de cunho genuinamente municipal. Desta forma, os programas municipais, financiados apenas com recursos próprios, deixam para um segundo plano a adesão aos programas federais. Este formato de condução política reforça problemas como: dificuldade em avaliar, monitorar e auditar os referidos programas; falta de padronização destes em relação aos dos outros municípios; e a inviabilidade de adesão em alguns outros programas federais devido à ausência dos pré-requisitos municipais.

Pode-se dizer que as “inovações” nas políticas públicas foram uma marca do município. Na área da saúde a “independência” às políticas federais ficou evidente. Destaca-se os programas “Dentinho Saudável”, implementado em 2008, no lugar do “Programa Brasil Sorridente”, institucionalizado em 2003, e do Programa Federal Saúde na Escola, de 2007. Da mesma forma, o “Programa Municipal Emergência em Casa”, de 2010, preterindo posteriormente o programa federal de semelhante objetivo, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 (2011).

Na esteira da autossuficiência em relação aos programas de saúde, outras políticas seguiram o mesmo caminho “autônomo e particularizado”. Este formato de condução da política respaldado pelo colchão dos royalties, se materializou em outros segmentos. Na área da assistência social, o município criou o

“Cheque Cidadão Municipal”, que em alguma medida se assemelha programa federal Bolsa Família. No setor de habitação, o “Programa Morar Feliz” iniciado em 2010, foi implantado no município a despeito da redundância com o “Programa Minha Casa Minha Vida”, do governo federal.

O município de Campos dos Goytacazes possui um histórico de não adesão ou adesão tardia aos programas nacionais. Em boa medida pode-se supor que o posicionamento insulado do município era salvaguardado pela condição orçamentária privilegiada, em decorrência do volume recebido de royalties de petróleo, condição esta que não ocorre mais. Ressalte-se que este artigo não correlaciona tais variáveis, de modo que se possa tecer tais afirmações.

A ESTRATÉGIA DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM CAMPOS DOS GOYTACAZES

Com a suspensão da ESF em 2008, a gestão da política municipal de saúde se ateu aos novos acontecimentos que culminaram em sua reestruturação. Tal questão é importante para que possamos entender o panorama atual e presença no município dos médicos do programa. O quadro 1 apresenta o resumo desses fatos.

Após a convocação de apenas três médicos, longe das 55 vagas ofertadas, e de alguns outros profissionais de saúde, a ESF começou a ser reorganizada. No entanto, o município começou a apresentar dificuldades em fixar os médicos trabalhando por 40 horas, nos moldes da Atenção Básica, ou mesmo com equipes parametrizadas. Tanto que os médicos aprovados e convocados no concurso não tomaram posse de seus cargos, mesmo diante de salários acima da média nacional.

Quadro 1 - Acontecimentos determinantes na organização da rede municipal de saúde em Campos dos Goytacazes (2008 – 2011) .

Período	Descrição
Junho de 2008	Lei Municipal nº 8.005/08, que define a criação de cargos públicos para a execução de atividades do PSF.
Outubro de 2008	Edital de Concurso Público 01/2008, que define a abertura de concurso público para o preenchimento de vagas no PSF.
Novembro de 2008	Prova objetiva do concurso público. Suspensão por decisão judicial.
Dezembro de 2008	Autorizações judiciais que permitiram a ocorrência das provas do concurso público.
Julho de 2010	Por decisão do TER-RJ a prefeita Rosinha Garotinho municipal é afastada por irregularidades.
Agosto de 2010	Fundada a Associação dos Aprovados no Concurso do PSF de Campos dos Goytacazes.
Novembro de 2010	Homologação do Concurso por meio da Portaria nº 830/2010, realizada pelo prefeito interino Nelson Nahim.
Março de 2011	Publicado em Diário Oficial a portaria de posse de apenas 3 profissionais médicos do total de 55 vagas estabelecidas no Edital.

Tabela 3- Consulta de Repasses Federais em Saúde ao Município de Campos dos Goytacazes – RJ (2009 – 2015).

Fundo Nacional de Saúde - FNS	
Tipo de Consulta: Fundo a Fundo	CNPJ: 113.848.740.0001/06
Estado: Rio de Janeiro	Município: Campos dos Goytacazes
Bloco: Atenção Básica	
Ano	Valor (em R\$ do ano corrente)
2009	7.228.439,74
2010	7.972.885,90
2011	8.768.719,43
2012	12.046.186,27
2013	13.466.907,20
2014	16.082.655,19
2015	15.820.326,48

FONTE: <http://www.fns.saude.gov.br>

Vale chamar atenção aqui, como aponta Amoretti (2005), para o fato de que, tanto os serviços de saúde, quanto a formação profissional direcionaram-se para o uso de equipamentos, técnicas e drogas modernas. Focada em um modelo hospitalocêntrico e que valoriza conhecimentos cada dia mais

especializados, a educação médica passou a reproduzir o modelo hegemônico. A profissão médica, quando aliada às especialidades, passou a significar status e reconhecimento. Talvez por isso, como ressalta Brito (2014), o desinteresse em ser médico de família ou clínico geral.

Essa dificuldade conjuntural contribuiu para que o município adequasse seus atendimentos a uma lógica estritamente ambulatorial: as Unidades Básicas de Saúde (UBS) continuaram contando com atendimentos de médicos não atuantes na ESF e não inseridos às equipes, o que desta forma inviabilizou a formação das equipes de Saúde da Família no município. Este fato assola principalmente áreas mais periféricas e municípios de pequeno porte e distantes dos grandes centros. E não é algo simples de se resolver.

A partir deste “diagnóstico”, e com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS, o PMM foi instituído pela Lei Federal nº12.871, de 2013, e tem como objetivo principal a diminuição da carência de médicos nas regiões prioritárias, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde (BRASIL, 2013).

O argumento que norteia este artigo parte da “alternativa” – antes remota – de adesão local aos programas de cunho nacional. Esta guinada nos rumos da gestão da política municipal de saúde recai sobre o ponto central aqui proposto, qual seja, discutir as implicações da inserção dos novos médicos, vinculados ao PMM na reestruturação dos serviços de saúde.

Em 2014 o município aderiu ao PMM, do Governo Federal. A partir da adesão, conseguiu viabilizar a vinda de 11 médicos cubanos para atuar na ESF do município. A chegada dos médicos trouxe avanços para o município sob vários aspectos, como a adesão ao PMAQ, que busca incentivar os gestores e equipes à melhoria da qualidade dos serviços de saúde. A adesão ao programa acaba tendo um caráter mais pedagógico, fazendo com que as equipes repensem o próprio trabalho e tentem aprimorar e avaliar o atendimento que está sendo prestado à população. Ao primeiro ciclo

do programa, o município de Campos dos Goytacazes não aderiu, sendo o único município do estado que possuía ESF constituída não avaliada pelo PMAQ (do total de 92 municípios, 77 municípios possuíam equipes possíveis de serem avaliadas e, portanto 76 foram avaliadas) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Já no segundo ciclo foi feita a adesão de apenas uma equipe de saúde e, no terceiro e atual ciclo, todas as 11 equipes da modalidade Mais Médicos foram incluídas para avaliação.

A tabela 3 deixa claro que a partir da reestruturação da ESF houve um incremento nas verbas federais destinadas a custear as ações básicas do município, sendo que o FNS é o órgão gestor dos recursos financeiros destinados ao SUS, na esfera federal.

A tabela 3 chama atenção pelo incremento dos recursos entre os anos de 2011 e 2012, na ordem de 37,5%. No ano de 2012 destacou-se o aumento do repasse federal ao município no que se refere ao Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), este dependente da adesão do município a algum tipo de serviço específico federal. Destaque neste grupo para a implantação do PACS – inexistente no ano de 2011, e na Atenção Domiciliar (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) – incipiente no ano anterior.

Com a inclusão dos novos médicos às equipes e adesão ao PMAQ, algumas unidades de saúde passaram por mudanças estruturais importantes e outras novas foram construídas ou estão em construção. Importantes valores utilizados nestas reestruturações das unidades de saúde (Programa de Requalificação de UBS – Reformas) originaram de recursos federais. A tabela 4 apresenta os valores alocados para as unidades de saúde ao longo dos três últimos anos.

Tabela 4 - : Repasses Federais para a Reestruturação das Unidades de Saúde no Município de Campos dos Goytacazes – RJ (2013 – 2015).

Ano	Valor (em R\$ do ano corrente)
2013	291.373,53
2014	1.103.493,93
2015	416.980,48

FONTE: <http://www.fns.saude.gov.br>

Os dados perfazem um total de R\$ 1.811.847,80, somados os repasses para os três anos. A série de repasses mostra uma variação percentual entre os dois primeiros anos de (278,7%), evidenciando uma elevação substancial nos repasses. No entanto, os repasses para a unidades de saúde sofreram uma retração de (-62,2%), para o ano seguinte, em 2015.

A literatura demonstra que o interesse por parte dos médicos em trabalhar no SUS, especialmente nas periferias das grandes centros e municípios interioranos é pequeno (CECCIN; PINTO, 2005). O que se pode observar em Campos dos Goytacazes é que, embora dois anos seja um período curto para se fazer uma avaliação precisa do cenário, pode-se inferir que a simples busca do serviço por parte do usuário já mostra um avanço importante. Sabe-se que a não presença do médico diminui a procura dos serviços de saúde, até para os atendimentos de outras especialidades, sejam de enfermagem ou odontológicos.

Travassos e Martins (2004) consideram que o centro do funcionamento dos sistemas de saúde é justamente a utilização dos serviços. A interação entre o indivíduo que procura cuidados e o profissional responsável dentro do sistema de saúde, ocorre exatamente pelo processo de utilização do serviço de saúde. Neste sentido, a utilização destes serviços

refere-se a qualquer contato direto, por meio de consultas médicas, hospitalizações, ou mesmo o contato indireto, pela realização de exames diagnósticos ou preventivos com o serviço de saúde.

O que se pode perceber, a partir de uma inserção direta no campo junto às unidades de saúde do município, é que a adesão ao PMM possibilitou maior acesso da população aos serviços de saúde. As condições do acesso a estes serviços, por ser uma temática multidimensional e multifacetada, geralmente são pensadas, de acordo com Assis e Jesus (2012), a partir de abordagens que levem em consideração o potencial para mudanças na organização do sistema de saúde, diminuição das iniquidades e avanços na formulação e na implementação de políticas públicas.

Uma outra questão que marca de forma contundente o PMM e merece ser abordada, diz respeito à interação entre os profissionais brasileiros com os médicos cubanos. De acordo com Hübner e Franco (2007), o modelo de medicina de família em Cuba é centrado na atenção primária. Assim, os serviços de saúde possuem caráter integral e buscam a qualificação, promovendo o cuidado preventivo, a atenção especializada e o atendimento humanizado como premissa fundamental.

Com a implantação da ESF no município de Campos dos Goytacazes, graças à adesão ao PMM, muitos serviços de saúde passaram a ser também oferecidos nos domicílios e em espaços coletivos, tais como escolas, igrejas e associações de bairro, ampliando a cobertura e o acesso aos serviços de saúde. As equipes realizam atividades com foco na prevenção de doenças, como palestras, campanhas educativas, dentre outros, e também prestam atendimento eficaz a quem necessita recuperar

sua saúde, com consultas médicas, de enfermagem e odontológicas.

Utilizando de dados disponíveis no sistema de informação do Governo Federal, Departamento de Informática do SUS (DATASUS), podemos então dimensionar algumas atividades realizadas no município, de forma a qualificar a cobertura e o acesso aos serviços de saúde. No que se refere às consultas de atendimento pré-natal realizadas pelas ESF, observou-se uma evolução com a adesão ao PMM (coincidente com a reformulação da ESF). Se o procedimento era realizado de maneira incipiente nos anos de 2007 e 2008 (período anterior à extinção da ESF), com inexpressivos números de atendimento (176 e 7, respectivamente); tivemos um período de ausência de registro desta consulta entre os anos de 2009 a 2013 (período de ausência da ESF no município). Com a reestruturação do programa, pode-se observar o grande aumento deste procedimento, registrando 674 e 1.657 atendimentos nos respectivos anos de 2014 e 2015.

Por fim, pode-se perceber que a partir de 2014, houve um grande aumento das atividades “visita médico na ESF”. No período de 2009 a 2013 este procedimento não fora realizado. Já nos anos seguintes tivemos 533 ações em 2014 e 1.661 em 2015, valor correspondente a três vezes o do ano anterior. Estas visitas são realizadas pela equipe de Saúde da Família, que conta atualmente com 8.324 famílias acompanhadas, correspondendo ao maior valor registrado após 2008. Em outras palavras, o PMM vem fazendo bem para a saúde do município, humanizando o atendimento e inculcando uma nova mentalidade na atenção básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão apresentada neste artigo traz uma análise da implantação do PMM no município de Campos dos Goytacazes e suas contribuições para a reestruturação dos serviços de saúde locais. O argumento de fundo que se procurou destacar no texto, parte de uma guinada nas ações e estratégias da gestão pública municipal de saúde, dada a conjuntura econômica e fiscal que alterou o status orçamentário do município, em que pese a queda dos royalties do petróleo e as implicações na condução das políticas públicas.

O artigo se ateu a períodos temporais distintos. A abundância de recursos, em que o município utilizou-se da estratégia de seguir um caminho “autônomo” no tocante às políticas públicas; e em outro momento – o da escassez de recursos – houve um amoldamento dessas estratégias, constatando-se a adesão a programas nacionais.

Foi exatamente nesse timing que surge o PMM e a adesão do governo local. Estratégica ou não, foi observado que o programa trouxe contribuições importantes para o município em torno do aumento do acesso, maior procura pelos serviços não apenas médicos, como também de outras categorias, além da aproximação ao território. Além de propiciar o intercâmbio a partir do contato dos profissionais brasileiros com os médicos cubanos, acostumados com um tipo de medicina muito mais preventiva e atenção primária. Todavia, por ser um programa recente, acredita-se que pesquisas futuras contribuirão para a construção de novos conhecimentos em torno do programa e das políticas de saúde brasileiras, não sujeitas às intemperes da gestão pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORETTI, R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Rev Bras Educ Med* 2005; 10 (2): 136-146.

ASSIS, M.M.A; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17 (11): 2865-2875.

BECKER, H. S. Problemas de Inferência e Prova na Observação Participante. Evidências de Trabalho de Campo. In: *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. Ed. Hucitec: 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Brasília: CONASS; 2009.

BRASIL. Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.

BRITO, L.M. Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico [monografia]. Brasília: Graduação em Saúde Coletiva; 2014.

CARVALHO, A.M; TOTTI, M.E. Formação histórica e econômica do Norte Fluminense. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

CECCIN, R.B; PINTO, L.F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev Bras Educ Med* 2005; 29 (1): 266-277

FONTINELE, J.K. Programa Saúde da Família (PSF) comentado. Goiânia: AB Editora, 2003.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. [acessado em 2016 abr 24]. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>

HÜBNER, L.C.M.; FRANCO, T.B. O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1):173-191, 2007.

JUNQUEIRA, L.P. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: CANESQUI, A.M. (org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1997.

KRANZ, L.F; ROSA. R. O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP): as regiões de saúde no Rio Grande do Sul sob o eixo dos recursos financeiros. In: *Revista Eletrônica Gestão & Sociedade*, v.8, n.21, p. 735-748 Setembro/Dezembro, 2014.

LYRA, D.A. Consequências da extinção da Estratégia Saúde da Família para oferta de assistência Fisioterapêutica e de algumas especialidades Médicas no Município de Campos dos Goytacazes, RJ [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2011.

PAIM, J. O QUE É SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações sobre Aplicação de Recursos Financeiros do SUS, Repassados Fundo a Fundo. DENASUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do PMAQ. 2013 [acessado 2016 abr 25]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/certificacao_equipes_lista6.pdf

SERRA, R.V. Contribuições para o Debate Acerca da Participação dos Royalties Petrolíferos no Brasil [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia; 2005.

SILVA, A.B. A Predação do Social. Niterói: EdUFF, 1997.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública 2004; 20 (2): S190-S198.

VENÂNCIO, V.A.S. A descentralização do Setor Saúde no Município de Campos dos Goytacazes na década de 90 [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2001.

AUTORES

Annabelle de Fátima Modesto Vargas – email: annamodesto@hotmail.com

Doutoranda em Sociologia Política - UENF

Mauro Macedo Campos – mauromcampos@yahoo.com.br

Professor Associado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Diogo de Souza Vargas – email: diogosvargas@yahoo.com.br

Mestrando em Políticas Sociais - UENF.