

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Alessandra Rodrigues de Souza

**A sustentabilidade econômico-financeira da reforma do setor saúde da atenção primária
da cidade do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2018

Alessandra Rodrigues de Souza

A sustentabilidade econômico-financeira da reforma do setor saúde da atenção primária da cidade do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa.

Rio de Janeiro

2018

Título do trabalho em inglês: The economic-financial sustainability of the reform of the primary care health sector in the city of Rio de Janeiro.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S729s Souza, Alessandra Rodrigues de.
A sustentabilidade econômico-financeira da reforma do setor saúde da atenção primária da cidade do Rio de Janeiro / Alessandra Rodrigues de Souza. -- 2018.
87 f. : il. ; graf. ; tab.

Orientador: Nilson do Rosário Costa.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Despesas Públicas. 2. Financiamento em Saúde. 3. Modernização do Setor Público. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Cidades. 6. Sustentabilidade. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.10425098153

Alessandra Rodrigues de Souza

A sustentabilidade econômico-financeira da reforma do setor saúde da atenção primária da cidade do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Aprovada em: 15 de junho de 2018.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva Pinto

Universidade Federal do Rio de Janeiro - Faculdade de Medicina

Prof.^a Dr.^a Elyne Montenegro Engstrom

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa (Orientador)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Nilson do Rosário Costa por ter acreditado e confiado em mim na elaboração deste trabalho. Agradeço pela paciência e compreensão infinitas. Sua exigência e destreza foram fundamentais para construir o exemplo do profissional acadêmico que terei como referência. Uma grande honra partilhar contigo esta caminhada. Não há palavras que possam traduzir minha gratidão!

À banca examinadora: Luiz Felipe da Silva Pinto e Elyne Montenegro Engstrom pela disponibilidade, avaliando esta pesquisa e contribuindo com o enriquecimento deste assunto.

À Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e seus excelentes profissionais que auxiliaram na minha formação acadêmica e contribuíram no desenvolvimento deste trabalho.

A minha mãe, que com seu apoio incondicional renunciando a si mesma, foi meu sustentáculo emocional cuidando dos meus filhos. Agradeço imensamente por todo amor, dedicação e incentivo dado desde sempre. Nada seria possível sem você!

Ao meu pai, exemplo de dignidade e fibra que me incentivou toda a vida à superação. Exemplo de companheirismo, obrigada por todo investimento na minha instrução e educação. Agradeço por todo incentivo à conclusão do mestrado!

Ao meu marido que me fez acreditar em mim mesma, cúmplice em todo o tempo para tudo em minha vida. Você foi decisivo para que eu conseguisse concluir essa empreitada. Todo amor, admiração e gratidão pela compreensão sem fim, certa de que estará comigo no passo seguinte.

Aos meus filhos, João e Pedro, maior tesouro que poderia ter em vida, que me fazem acreditar, a cada beijinho, que valeu à pena todas as madrugadas de dedicação a este trabalho. Amor sem limite!

A todos amigos, especialmente Zanza, Nayara, Cristian e Giovanni, pelo apoio e auxílio nas horas mais decisivas.

Eterna gratidão! Todos vocês foram imprescindíveis.

Muito obrigada!

“O homem erudito é um descobridor de fatos que já existem – mas o homem sábio é um criador de valores que não existem e que ele faz existir”.

ALBERT EINSTEIN

RESUMO

Introdução: A dissertação analisa a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) na metrópole brasileira por meio de estudo de caso na cidade do Rio de Janeiro, apresentando a condição de sustentabilidade econômico-financeira e o desenvolvimento da provisão de serviços. **Metodologia:** Realizou-se um estudo longitudinal do período 2002 e 2016. A escolha do município deveu-se à singularidade da Reforma de Estado tardia na atenção básica implantada a partir de 2009, do tipo *big bang*, em um contexto de alta complexidade metropolitana. A análise dos efeitos sobre a provisão de serviços utilizou-se dos indicadores da provisão de serviços e da capacidade de financiamento por meio das informações do SIOPS. **Resultados:** A dissertação demonstra que a realização dos grandes eventos internacionais favoreceu o aumento das receitas de capital e da despesa direcionados a áreas estratégicas, que gerou efeito incremental sobre as despesas com o setor saúde. O financiamento da APS ocorreu através de significativa expansão das despesas com recursos próprios do Município. A participação do governo federal neste processo de expansão foi inexpressiva e a do governo estadual insignificante. **Conclusão:** A sustentabilidade econômico-financeira da reforma do setor saúde foi diretamente associada à manutenção da aplicação de níveis muito elevados dos percentuais de receita vinculável à saúde. A pesquisa constatou que, no período estudado, ocorreu expressiva ampliação de cobertura da APS. No entanto, os efeitos sobre a disponibilidade de equipamentos e utilização dos serviços foram negativos devido ao rápido aumento da cobertura pela ESF, que reduziu a densidade de oferta para cada 10.000 habitantes cobertos, conquanto o aumento substancial do número de equipamentos de saúde tenha sido verificado.

Palavras-chave: Gasto Público. Financiamento. Reforma do Estado. Atenção Primária. Metrópole. Sustentabilidade.

ABSTRACT

Introduction: This dissertation aimed to analyze the expansion of Primary Health Care (PHC) in a Brazilian metropolis by means of a case study in the city of Rio de Janeiro, showing the condition of economic-financial sustainability and the development of service provision. **Methodology:** a longitudinal study has been carried out in the years of 2002 and 2016. The choice of the municipality was due to the singularity of the State Reform as to the basic attention implanted from 2009, of a big-bang type, in context of a highly complex metropolitan area. The analysis of the effects about the provision of services has used the indicators of the service provision and the capacity of financing by means of the SIOPS information. **Results:** this dissertation shows that the accomplishment of great international events has leveraged the increase of capital investment and expenditures in strategic areas. That has, consequently, generated an increasing effect over the expenses related to the health sector. The PHC financing has happened by means of a meaningful expansion of the expenditures with the municipality's own resources. The federal Government participation in this expansion process was minimum and the state government meaningless. **Conclusion:** the economic financial sustainability of the reform of the health sector was directly associated to the maintenance of the application of very high levels of the percentage of the public expenditures allocated to health. The research has found that, during the studied period, there was an expressive increase of the coverage of the PHC. However, the effect over the availability of the equipment and of the use of the service by the population were negative because of the quick increase of the coverage by the Family Health Strategy, that reduced the density of offer for every 10,000 covered, that although the substantial increase in the provision of health equipment has been verified.

Keywords: public expenses, financing, State reform, primary attention, metropolitan area, sustainability.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1-	Quadro resumo dos indicadores utilizados na análise da evolução dos gastos e receitas em saúde.....	21
Quadro 2-	Cálculo dos Indicadores de sustentabilidade econômico-financeira.....	21
Quadro 3-	Classificação de análise da estrutura de financiamento.....	24
Quadro 4-	Indicadores de provisão de equipes da Atenção Primária à Saúde.....	25
Quadro 5-	Indicadores de provisão de serviços da Atenção Primária à Saúde.....	26
Quadro 6-	Relação dos principais eventos de massa internacionais realizados no Rio de Janeiro entre 2007 e 2016.....	29
Quadro 7-	Composição da receita vinculável à saúde segundo a origem da fonte	32
Figura 1-	Composição do Resultado Orçamentário da cidade do Rio de Janeiro de 2012 a 2016	40
Gráfico 1 -	Maiores Despesas Executadas Liquidadas por Subfunção do município do Rio de Janeiro de 2006 a 2016	41
Gráfico 2 -	Participação percentual da receita própria na receita total do município do Rio de Janeiro de 2002 a 2016	43
Gráfico 3 -	Evolução dos recursos transferidos para o SUS do município do Rio de Janeiro de 2002 a 2016	44
Gráfico 4-	Evolução das fontes de financiamento do SUS da cidade do Rio de Janeiro de 2006 a 2016.....	48
Gráfico 5-	Despesa total em saúde <i>per capita</i> e suas principais fontes de financiamento da cidade do Rio de Janeiro de 2002 a 2016	58
Gráfico 6-	Estimativa de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro de 2002 a 2016	59
Gráfico 7-	Proporção (%) de cobertura populacional estimada por eSF no município do Rio de Janeiro de 2002 a 2016	59
Gráfico 8-	Evolução da cobertura populacional de equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal da cidade do Rio de Janeiro de 2007 a 2016	64
Gráfico 9-	Evolução do processo de implantação de equipes de saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro de 2002 a 2016	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Composição das despesas orçamentárias por função de governo da cidade do rio de janeiro – 2009 a 2016	30
Tabela 2	Composição da receita total do município do Rio de Janeiro, em milhões nominais, por categoria econômica, de 2002 a 2008.....	33
Tabela 3	Participação de cada grupo de despesa no orçamento total empenhado do município do Rio de Janeiro de 2002 a 2008	34
Tabela 4	Composição da receita total do município do Rio de Janeiro, em milhões nominais por categoria econômica e origem, de 2009 a 2016	36
Tabela 5	Participação de cada grupo de despesa no orçamento total empenhado do município do Rio de Janeiro de 2009 a 2016	39
Tabela 6	Indicadores municipais de endividamento do município do Rio de Janeiro de 2009 a 2016	39
Tabela 7	Participação percentual das principais fontes de recursos do SUS na receita total do município do Rio de Janeiro de 2002 a 2016	42
Tabela 8	Evolução das receitas de transferências destinadas ao SUS no município do Rio de Janeiro de 2002 a 2016	45
Tabela 9	Evolução das despesas com saúde e recursos próprios em saúde do município do Rio de Janeiro de 2002 a 2016	46
Tabela 10	Composição da despesa total com saúde, em valores correntes, do município do Rio de Janeiro de 2002 a 2016	47
Tabela 11	Execução Financeira dos recursos recebidos para saúde do município do Rio de Janeiro de 2002 a 2016	49
Tabela 12	Evolução da arrecadação direta de impostos e da receita total do município do Rio de Janeiro de 2002 a 2016	50
Tabela 13	Classificação da evolução e cumprimento do indicador EC 29 do município do Rio de Janeiro de 2002 a 2016	52
Tabela 14	Categorias de análise segundo medidas de dispersão por período	52
Tabela 15	Variação dos indicadores “DPSPC” E “MEGPC” segundo aplicação % da EC 29 (devido) do município do Rio de Janeiro de 2002 a 2008	53
Tabela 16	Variação dos indicadores “DPSPC” E “MEGPC” segundo aplicação % da EC 29 realizada do município do Rio de Janeiro de 2002 a 2008	54
Tabela 17	Variação dos indicadores “DPSPC” E “MEGPC” segundo aplicação % da EC 29 (devido) do município do Rio de Janeiro de 2009 a 2016	54

Tabela 18	Varição dos indicadores “DPSPC” E “MEGPC” segundo aplicação % da EC 29 realizada do município do Rio de Janeiro de 2009 a 2016	55
Tabela 19	Varição percentual ano a ano da despesa potencial de saúde <i>per capita</i> e despesa atual com saúde <i>per capita</i> do município do Rio de Janeiro de 2003 a 2016	56
Tabela 20	Processo de implantação de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro de 2007 a 2016	61
Tabela 21	Implantação, credenciamento e cobertura de equipes de Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro de 2007 a 2016	62
Tabela 22	Totalidade de equipes de Saúde da Família segundo o tipo de equipe do município do Rio de Janeiro de 2007 a 2016	62
Tabela 23	Número de Equipes de Saúde Bucal e estimativa de cobertura da cidade do Rio de Janeiro de 2007 a 2016	64
Tabela 24	Evolução da capacidade instalada de equipamentos de saúde disponíveis no SUS do município do Rio de Janeiro e do Brasil de 2008 a 2016	67
Tabela 25	Disponibilidade de equipamentos de saúde no SUS para cada dez mil habitantes cobertos pela ESF na cidade do Rio de Janeiro de 2008 a 2016	68
Tabela 26	Proporção de equipos odontológicos por equipe de saúde bucal no município do Rio de Janeiro e no Brasil de 2008 a 2016	69
Tabela 27	Utilização dos serviços de saúde para cada 10 mil habitantes cobertos pela ESF na cidade do Rio de Janeiro e no Brasil de 2008 a 2016	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CGM	Controladoria Geral do Município
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COI	Comitê Olímpico Internacional
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COQUALI	Comissão de Qualificação de Organização Sociais
DATASUS	Departamento de Informática do SUS/MS
DAB	Departamento de Atenção Básica
EC	Emenda constitucional
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIFA	Federação Internacional de Futebol
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LC	Lei Complementar
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OSS	Organização Social de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PADI	Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado
PIB	Produto Interno Bruto
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Sustentação a Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde
SMF	Secretaria Municipal de Fazenda
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO: A EXPERIÊNCIA TARDIA DE REFORMA NO SETOR SAÚDE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	12
2	MÉTODO	20
2.1	ANÁLISE DA CAPACIDADE DE FINANCIAMENTO	20
2.2	ANÁLISE DO PADRÃO DE PROVISÃO.....	25
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
3.1	A SUSTENTABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA DA APS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.....	28
3.1.1	Evolução das receitas e despesas com saúde da cidade do Rio de Janeiro de 2002 a 2016	28
3.1.2	Análise da capacidade de financiamento da APS da cidade do Rio de Janeiro	48
3.2	O PADRÃO DE DESENVOLVIMENTO DA PROVISÃO DE SERVIÇOS E QUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REFORMA DA APS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	57
3.2.1	Efeitos da reforma da APS sobre o padrão de provisão de equipes de saúde	60
3.2.2	Efeitos da reforma da APS sobre a capacidade instalada e provisão de serviços de saúde	66
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS	74
	ANEXO A - EVOLUÇÃO MENSAL DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO DE 2008 A 2017.....	79
	ANEXO B - EVOLUÇÃO MENSAL DAS EQUIPES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO DE 2008 A 2017.....	82
	ANEXO C - EVOLUÇÃO MENSAL DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO DE 2008 A 2017.....	85

1. INTRODUÇÃO: A EXPERIÊNCIA TARDIA DE REFORMA NO SETOR SAÚDE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

O objetivo da dissertação é analisar a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) na metrópole brasileira por meio de estudo de caso na cidade do Rio de Janeiro, apresentando o padrão de sustentabilidade econômico-financeira e o desenvolvimento da provisão de serviços no município associados ao processo de expansão da assistência à saúde no período entre 2002 e 2016.

No âmbito municipal, a APS contempla um conjunto de práticas de saúde, individuais e coletivas, que no Brasil passou a ser denominado de atenção básica à saúde durante a implantação do SUS (GIOVANELLA et al., 2008), sendo considerada como a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde cujo centro é o usuário-cidadão (BRASIL, 2012).

A implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil deu-se assentado na descentralização das ações para a esfera pública municipal em contexto de crise econômica e fiscal em que o Governo Federal redefinia a atuação do Estado na economia e na sociedade (COSTA et al., 2016; VIANA et al., 2009; VIANA et al., 2005; ARRETCHE, 2002).

A orientação municipalista, que caracterizou a Constituição de 1988, inclui o município como ente político da federação brasileira.

A gestão do SUS é claramente identificada na literatura como um:

(...) processo complexo, permeada por um contexto cujas influências políticas locais, estaduais, quanto federais determinam as práticas de saúde, e interferem nas relações de poder e nas tomadas de decisão (PINAFO et al., 2016, p. 6).

Foi concebida no Brasil a descentralização político-administrativa do SUS, com direção única em cada esfera de governo, dando ênfase nos municípios na ampliação do acesso. Costa defende que a política de expansão da APS no Brasil ocupou a centralidade na agenda de governo e instituiu mecanismos contínuos de transferências financeiras para os entes subnacionais, tendo cumprido um importante papel ao permitir que as elites políticas pudessem distribuir bens públicos locais segundo diretrizes universalistas propostas pelo Executivo Federal (COSTA, 2016).

No contexto da cooperação federativa, o incentivo econômico dado aos municípios para adoção da ESF a partir de 1994 alterou a oferta municipal de serviços de saúde e atenuou o modelo tradicionalmente assistencial baseado na assistência hospitalar (COSTA, 2016).

O marco mais importante da APS no Brasil ocorreu com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), apresentado como uma proposta mais abrangente de APS (ARANTES et al., 2016), sendo reconhecido internacionalmente por seu esforço para o desenvolvimento desse modelo de atenção no nível local (MACINKO et al., 2006). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2012 consolidou a ESF como estratégia prioritária para reorganizar a APS no Brasil (SIMAS et al., 2016).

O Programa Saúde da Família (PSF) – que passou a ser denominado posteriormente como Estratégia – e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde faziam parte do programa de governo para reestruturação da APS e dos modelos de atenção à saúde do SUS. Inicialmente foram introduzidos como um programa vertical com foco em cuidados de saúde materno-infantil de populações mais vulneráveis ou em risco (PAIM et. al., 2011).

Desde 1998, o PSF tem sido a principal estratégia para estruturação de sistemas municipais de saúde. Sua principal inovação é a sua ênfase na reorganização de unidades básicas que se concentram em famílias e comunidades e integram os cuidados médicos com a promoção de saúde (PAIM et. al., 2011).

Para Mattos (2002), a história da ESF pode ser dividida em dois períodos: um primeiro que inicia com sua criação na qual era vista como estratégia de expansão de cobertura do acesso aos serviços de saúde, quando era chamado de Programa Saúde da Família (PSF), e um segundo, no qual fora considerada estratégia de transformação do modelo assistencial com pretensões substitutivas de práticas tradicionais de cuidado, modificando o termo de programa para Estratégia Saúde da Família.

Em estudo desenvolvido por Arantes et. al.(2016, p. 2) afirma que:

“Em decorrência das suas potencialidades, o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) pela sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, buscar respostas para **todas** [grifó nosso] as necessidades de saúde da população e contribuir na mudança do modelo assistencial vigente”.

Apesar do reconhecimento da necessidade de expansão da ESF, o financiamento tem sido apontado como um dos elementos obstáculos ao seu desenvolvimento (ARANTES et al., 2016).

Outra característica do desenvolvimento da APS é a contratação dos profissionais das equipes por relações trabalhistas precárias, dificultando a fixação de profissionais, o cuidado continuado e vínculo, premissas da ESF (MALTA et al., 2016).

Ademais, mesmo com indução do Governo Federal, os processos organizacionais são muito variados acarretando grandes diferenças na implantação local e, conseqüentemente, grande variação em cobertura local, acesso aos serviços e respostas às necessidades. Estas

diferenças refletiriam as prioridades na implantação, organização e diferentes estágios de gestão e de priorização (MALTA, et. al. 2016).

Para Caetano e Dain, “as grandes cidades brasileiras têm sido marcadas por movimentos pendulares de crescimento econômico e estagnação, de incorporação e exclusão social” (2002, p. 12) e apresentam dificuldades específicas para transformação do modelo assistencial dos sistemas de saúde locais decorrentes das transformações demográficas e epidemiológicas, que afetaram particularmente os centros urbanos devido a migrações para a cidade; mudanças do perfil de morbimortalidade decorrente da transição epidemiológica; maior incidência de agravos decorrentes dos altos níveis de violência urbana; desigualdades socioeconômicas entre as áreas da cidade, que refletem na distribuição da rede de serviços, no perfil da demanda e em dificuldades de acesso; distribuição desproporcional dos serviços de saúde e dificuldade de acesso em várias comunidades associadas à presença do crime organizado e estruturas físicas da rede de serviços.

Alguns elementos trazidos por Caetano e Dain (2002) sobre os desafios da APS em grandes centros urbanos ainda permanecem no debate: dificuldade dos municípios gerarem os recursos próprios necessários ao cumprimento das metas de cobertura e assistência da ESF e a dificuldade de adaptação das diretrizes e características próprias da Estratégia que se coadunam às soluções encontradas em nível municipal para o enfrentamento dos problemas da assistência à saúde. Estas questões somam às discussões em torno da capacidade de sustentabilidade econômico-financeira da APS nas metrópoles brasileiras e ações estratégicas engendradas pela gestão local do SUS para aumento da cobertura e provisão de serviços.

O Executivo federal formalizou em 2010 a agenda da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que apontou a insuficiência do modelo de atenção à saúde, fundamentado em ações curativas e no cuidado médico, para dar conta dos desafios sanitários atuais e enfrentamentos futuros. A partir deste diagnóstico, a RAS propôs a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção que tem a APS como centro de comunicação.

As experiências em torno da APS aumentaram sua relevância como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede e indicou que a RAS poderia promover a superação da fragmentação sistêmica da organização interna e a resposta aos desafios epidemiológicos e socioeconômicos. A provisão municipal de APS ocupou a centralidade na agenda de governo e instituiu mecanismos contínuos de transferências financeiras federais para os demais entes. (COSTA, 2016).

A provisão de ações e serviços de saúde nas grandes cidades e metrópoles brasileiras é assunto relevante devido ao fato de concentrarem 56% da população em apenas 5% dos

municípios brasileiros. A falha na implantação da APS nessas regiões ganha cunho significativo no julgamento da efetividade e qualidade do SUS (COSTA, 2016).

O Ministério da Saúde passou a assumir um compromisso orçamentário crescente com a Estratégia Saúde da Família. Seu objetivo principal era a expansão da estratégia para os grandes centros urbanos, já que a implantação da Estratégia ocorreu de forma mais acelerada em município de pequeno porte com baixa ou nenhuma capacidade instalada (PORTELA, 2008).

Os executivos municipais e estaduais realizaram mudanças organizacionais em busca de respostas em função das exigências da implantação da ESF. Uma disputa imprevista sobre o modelo de governança da administração pública foi produzido com a expansão da APS. Essas mudanças promoveram uma reforma de Estado desarticulada e fragmentada (COSTA, 2016). Viana e Dal Poz (1998) concluíram que a adoção pela APS constituiu uma reforma incremental do sistema de saúde no Brasil.

De fato, os processos de reforma de sistemas de saúde têm sido apresentados na literatura de duas formas: incremental ou do tipo *big bang*. Segundo Viana e Dal Poz (2005), as reformas do tipo *big bang* são as que introduzem modificações substantivas no funcionamento do sistema de saúde, em curto espaço de tempo e pontual, enquanto as reformas incrementais são pequenos ajustamentos sucessivos de cada esfera de governo e as formas de articulação entre as esferas pública e privada.

Identifica-se entre 2009 e 2016, uma expressiva reforma *big bang* dos mecanismos de provisão da atenção primária empreendida pelo Executivo Municipal (SORANZ et al. 2016). Considera-se que esta reforma foi diretamente influenciada pelas circunstâncias dos grandes eventos internacionais, cabendo especial referência a realização da Copa do Mundo em 2014 e dos Jogos Olímpicos em 2016 na cidade. A excepcionalidade da experiência da reforma do setor saúde na cidade do Rio de Janeiro deve-se a incorporação de algumas diretrizes da agenda da reforma do Estado da década de 1990, especialmente em relação às formas de contratação da força de trabalho da atenção primária por meio das Organizações Sociais.

A ideia do Rio de Janeiro como cidade global, impulsionando as iniciativas do governo Eduardo Paes (2009-2012 e 2013-2016) sustenta-se no conceito de uma cidade de referência econômica e política engajada no cenário mundial. Este conceito traz a perspectiva das relações internacionais, transcendendo o viés econômico preponderante na literatura sobre cidades globais (MALTA; SALOMÓN, 2008). As cidades globais não são necessariamente as cidades abastadas de riquezas, mas aquelas produzidas pela expansão e transformação da economia globalizada (NOLASCO, 2017).

Segundo Nolasco (2017), a força da cidade global poderia criar um sentido único no desenvolvimento de políticas que penderiam para a geração de uma vocação terciária no Rio de Janeiro, fato ilustrado pelo projeto de revitalização da Região Portuária da cidade que teve o objetivo de transformar a região em um *central business district* composto por prédios comerciais e hotéis.

A consolidação do Rio de Janeiro como cidade global baseada no turismo de eventos teve dois marcadores temporais: o anúncio oficial da Copa do Mundo de Futebol de 2014 no Brasil pela FIFA, em 30 de outubro de 2007, e ao conquistar o direito de sediar os Jogos Olímpicos no ano de 2016 em 02 de outubro de 2009. Para a autora, a cidade do Rio de Janeiro mostrou-se capaz de promover mobilização de uma agenda política e econômica em todo o território nacional, transversalmente e em níveis escalares.

Nessa dissertação realizou-se um estudo longitudinal com o objetivo descritivo e explicativo do tipo estudo de caso, investigando-se o período entre 2002 e 2016. O critério utilizado para seleção do município do Rio de Janeiro (MRJ) para aprofundamento da análise da expansão da ESF foi o da singularidade de sua reforma de Estado tardia na atenção básica implantada a partir de 2009, do tipo *big bang*, em um cenário com contexto de alta complexidade metropolitana.

A agenda da reforma do Estado brasileiro da década de 1990, que inspirou a experiência municipal como mencionado, foi sustentada por quatro pilares. O primeiro compreendeu a redução do tamanho do Estado no que tange ao pessoal por meio de programas de privatização (transformação de uma empresa estatal em privada), terceirização (transferência de serviços auxiliares para o setor privado) e publicização (transformação de uma organização estatal em pública não-estatal de direito privado).

O segundo pilar baseava-se na desregulação da economia com mudança na postura ideológica nas relações comerciais globais, saindo da posição de proteção econômica contra a competição internacional para promoção da capacidade competitiva do país no mercado internacional.

O terceiro pilar buscou a ampliação da condição de governança através de estratégias para recuperação da autonomia financeira do Estado pelo ajuste fiscal, pela reforma administrativa buscando uma administração pública gerencial (definição precisa de objetivos e metas com maior autonomia administrativa na gestão de pessoal, materiais e financeiros com a finalidade do alcance dos resultados pactuados com controle e cobrança ao longo e ao final do processo) e a separação das atividades exclusivas e das não-exclusivas do Estado em sua execução.

O quarto pilar orientava-se pela busca de maior governabilidade, isto é, poder de governo e capacidade de governar com legitimidade e intermediando interesses através de instituições políticas (BRASIL, 1997).

O “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado” (PDRAE) estabeleceu as diretrizes para a reforma da administração pública no Brasil. Foi considerado por muitos como contrário aos interesses dos servidores por extinguir a estabilidade do servidor público em atividades consideradas não estratégicas (BRASIL, 1997).

A reforma do aparelho do Estado foi entendida como o conjunto de estratégias governamentais para modernizar a administração pública federal, com aplicabilidade de suas diretrizes ao nível municipal e estadual.

Costa argumenta que “especialmente no caso do setor saúde, o caminho da terceirização pragmática tornou-se prevalente na gestão hospitalar pública e nos programas de ampliação de cobertura da atenção à saúde, como o Programa de Saúde da Família” (2011, p. 5). Identifica que a partir dos anos 2000 um mosaico de mecanismos de governança quando os gestores passaram a adotar diferentes modalidades organizacionais na implantação de programas a fim de contornar as regras da Lei n.º 8.666/1993 (que instituiu normas para licitações e contratos da Administração Pública e deu outras providências), da Lei n.º 8.112/1990 (que dispõe sobre o regime jurídico para a contratação de servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais) além da carga da previdência pública e as restrições da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n.º 101/2000) (COSTA, 2011).

A difusão do modelo das Organizações Sociais nos governos da federação certamente foi um dos maiores efeitos do PDRAE. As Organizações Sociais de Saúde são definidas pelo Art. 1º da Lei nº 9.637 de 1998 como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades são dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde. Enquadram-se no setor público não-estatal com atribuições de atividades não-exclusivas do Estado.

Além da inovação no modelo de gestão em toda ESF da cidade, a singularidade da difusão das Organizações Sociais foi a coexistência de regimes de trabalho diferentes – estatutário e CLT- dentro de um mesmo espaço de atuação da administração municipal. A opção pelo modelo das Organizações Sociais (OSS) em detrimento da administração direta produziu efeitos importantes para a composição da força de trabalho do governo municipal cuja compreensão foge ao escopo desta dissertação.

Em 2015, as OSS no setor saúde estavam presentes na cidade do Rio de Janeiro em: 5 hospitais, 12 UPAs, 4 Centros de Emergência Regionais, 77 Clínicas da Família e Programas como Atenção Domiciliar ao idoso e à maternidade (SORANZ, 2016).

Considera-se na presente dissertação que o caso do Rio de Janeiro é de uma reforma da gestão pública municipal extemporânea à agenda de reforma do Estado e do aparelho do Estado, da década de 1990. Segundo Ribeiro e Alcoforado. (2016, p. 9), “a relevância da reforma decorre de sua grande abrangência e pelos recursos alocados”.

Houve um amplo consenso no sistema político da cidade sobre a Reforma da APS pela adoção do modelo de gestão das OSS, junto ao Gabinete do Prefeito, na Câmara de Vereadores, inclusive com emendas parlamentares para criação de Clínicas da Família, assim como junto ao Conselho Municipal de Saúde (CAMPOS *et al*, 2016).

A gestão municipal do Rio de Janeiro permaneceria como regulador e fiscalizador das atividades realizadas pelas OSS, ainda determinando e moldando os serviços nas unidades de saúde da família com atividades de supervisão. Cabe neste ponto, estudos posteriores que aprofundem tal interface.

Vale ressaltar que a proposta de reforma da atenção primária na cidade do Rio de Janeiro apresentou caráter estrutural e organizacional, e pôs na agenda a perspectiva de aumento da capacidade instalada com a construção de novas Unidades de Saúde da Família (USF) gerenciadas pelas OSS, designadas de Clínicas da Família.

No caso em consideração, a reforma observada na cidade do Rio de Janeiro afetou basicamente o modelo de governança na atenção primária pela grande difusão do modelo organizacional das OSS (RIBEIRO; ALCOFORADO, 2016). Cabe demonstrar os efeitos específicos sobre as despesas do governo municipal e padrão de provisão de serviços de saúde.

A relevância dessa dissertação deve-se, nesse sentido, ao fato que os municípios brasileiros de grande porte (cidades com mais de 100 mil habitantes) apresentem ainda baixa adesão à ESF. Portela e Ribeiro (2011) analisaram a capacidade de financiamento e sustentabilidade financeira de municípios de grande porte e ressaltaram que o financiamento essencial da ESF era com recursos próprios, limitados pela Lei de Responsabilidade Fiscal às despesas com pessoal, o que traria implicações à sustentabilidade financeira do Município para a adoção desta política pública.

Costa (2016) analisou as dificuldades apontadas pela literatura para adesão das grandes cidades e metrópoles à ESF e dividiu as linhas de argumentação em três perspectivas. A primeira concluiu que a focalização em grupos populacionais vulneráveis e com maior risco social foram privilegiados nos municípios de grande porte que implantaram a ESF e estaria

associada à prevalência de pobreza nesses municípios, como resposta à necessidade de ampliação da oferta aos pobres ao mesmo tempo em que estabilizava as despesas com saúde pela oferta de serviços de menor complexidade tecnológica. A segunda linha argumentativa concluiu que a indução do governo federal e dos estados à implantação de grande número de equipes transferia o ônus financeiro principal ao Município, e a contrapartida financeira municipal seria fator de inibição da ESF em grandes municípios. A terceira linha de explicação considerou que cidades com altas despesas com saúde tenderiam a limitar os gastos com expansão da ESF por força das restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, tendo sido identificadas consequências negativas da expansão da ESF para a contabilidade do gasto com pessoal.

Em contradição com as explicações identificadas na literatura, é comum a afirmação de que na cidade do Rio de Janeiro, a partir de 2009, teria ocorrido uma expansão exponencial da cobertura da APS por meio da ESF com ampliação sem precedentes da capacidade instalada (SIMAS et al., 2016; SORANZ et al., 2016). Este estudo busca compreender as condições contextuais que condicionaram e favoreceram ao Município do Rio de Janeiro optar pela expansão radical da estratégia da família nos anos 2009-2016.

2 MÉTODO

Essa dissertação analisa o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde na metrópole brasileira por meio do estudo de caso da cidade do Rio de Janeiro. Objetiva-se especificamente a descrição do padrão de desenvolvimento da atenção primária à saúde, demonstrar os efeitos sobre a condição do financiamento à atenção à saúde e analisar o padrão de provisão de serviços de saúde e equipes de Saúde da Família no governo municipal.

2.1 ANÁLISE DA CAPACIDADE DE FINANCIAMENTO

Para descrever e analisar a capacidade de financiamento e a sustentabilidade econômico-financeira da APS da cidade do Rio de Janeiro foi realizado um estudo longitudinal por série histórica de 2002 a 2016 utilizando dados e indicadores econômico-financeiros do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) para levantamento, sistematização e análise das informações sobre os gastos e receitas em saúde do município, assim como indicadores formulados por Pereira *et. al.* (2006). Estas bases de dados são de domínio público, tendo sido utilizado o Excel como software para as análises.

Para fins desse trabalho, adotamos o conceito de sustentabilidade trazido por Pereira *et. al.* (2006) que mede a sustentabilidade através da suficiência e permanência de recursos próprios e transferidos. As categorias de análise dos efeitos sobre a sustentabilidade econômico-financeira do novo arranjo e organização do sistema de saúde municipal serão: evolução dos gastos e receitas em saúde do município de 2002 a 2016 segundo dados do SIOPS (Quadro 1) e análise da estrutura de financiamento do município através da aplicação dos cálculos utilizados por Pereira *et. al.* (2006) em seu estudo sobre “A sustentabilidade econômico-financeira no PROESF em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins”. Os autores tratam de todos os municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes em seu estudo e seus cálculos de análise do financiamento têm o potencial de reprodução em outros estudos (Quadro 2).

Os dados e indicadores listados no Quadro 1 foram selecionados para análise do padrão de evolução dos gastos e receitas em saúde no período de 2002 a 2016. A verificação prévia da alimentação regular dos dados no SIOPS pelo município do Rio de Janeiro revelou ausência de dados declarados sobre “despesas por subfunção” nos anos de 2002, 2003 e 2005, e sobre “execução financeira” no Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) nos anos de

2003 e 2005, optando-se pela utilização de séries menores de 2006 a 2016 em ambos os casos. Decorreu-se, então, a coleta efetiva e sistematização dos dados em Tabela.

É importante ressaltar que a análise da capacidade de financiamento considerou nos cálculos da série histórica a evolução gradual dos percentuais a serem aplicados em saúde de acordo com a EC 29/00 como ratificaram Pereira et al. (2006): 2002 – 10,2%; 2003 – 11,8%; e 2004 – 15%.

Quadro 1 - Quadro resumo dos indicadores utilizados na análise da evolução dos gastos e receitas em saúde.

Indicadores que relacionam valores de receita	Indicadores que relacionam valores de despesa
✓ Percentual da receita própria aplicada na saúde – EC 29/2000	✓ Despesa com saúde total e por habitante
✓ Participação % da receita de impostos na receita total do município	✓ Despesa de recursos próprios com saúde total e por habitante
✓ Participação % das transferências intergovernamentais na receita total do município	✓ Participação % da receita própria na receita total do município
✓ Participação % das Transferências para o SUS no total de recursos transferidos para o município	✓ Participação % das transferências para a saúde em relação à despesa total com saúde
✓ Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no município	✓ Participação % das receitas próprias na despesa total com saúde
✓ Participação % das transferências da União para o SUS no total de Transferências da União para o município	✓ Evolução das despesas executadas liquidadas por subfunção
✓ Participação % da receita própria na receita total do município	✓ Participação % da despesa com investimentos na despesa total com saúde

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2 - Cálculo dos Indicadores de Sustentabilidade econômico-financeira

Indicador	Cálculo	Descrição
Despesa potencial em saúde <i>per capita</i> (DPSPC)	$DPSPC = (0,15 \times RPPC) + (0,15 \times TCPC) + TSUSPC$ <p>RPPC: Receita própria <i>per capita</i> TCPC: Transferências constitucionais <i>per capita</i> TSUSPC: Transferência SUS <i>per capita</i></p>	Capacidade de arrecadação de impostos e recursos disponíveis para aplicação em saúde por habitante
Margem de expansão do gasto <i>per capita</i> (MEGPC)	$MEGPC = DPSPC - DAPC$ <p>DPSPC: Despesa potencial em saúde <i>per capita</i> DAPC: Despesa atual <i>per capita</i>.</p>	Escassez ou sobra de recursos para as despesas em saúde por habitante

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Pereira et al. (2006).

O indicador “Despesa potencial em saúde *per capita* – DPSPC” trata da participação da receita de impostos diretamente arrecadados na receita total e pode ser usado para medir a capacidade de gestão e o grau de organização interna dos municípios para arrecadarem impostos. Já o indicador “Margem de expansão do gasto *per capita* – MEGPC” diz respeito ao cumprimento da Constituição Federal quanto ao percentual da receita destinado às despesas

com ações e serviços públicos de saúde, tendo dois prismas: cumprimento da regra e sua evolução. Aponta o esforço empreendido pelo governo municipal de aplicação dos recursos próprios em saúde. Estes dois indicadores “DPSPC” e “MEGPC” devem ser interpretados em conjunto (PEREIRA *et. al.*, 2006).

Os indicadores DPSPC e MEGPC foram analisados em dois períodos e sob duas formas de leitura. Os períodos de análise foram o de pré-expansão da ESF (2002 a 2008) e pós-expansão da ESF (2009 a 2016). Já a ótica de análise deu-se em dois cenários, também distintos: o primeiro foi o da aplicação de 15% da receita vinculável (devido) de acordo com a EC 29/00, enquanto o segundo considerou o percentual aplicado da receita vinculável à saúde pelo município (realizado).

Esta comparação permite dupla análise da sustentabilidade econômico-financeira. Permite analisar o padrão de desenvolvimento da APS anterior e posteriormente ao início da reforma do setor saúde na cidade do Rio de Janeiro. Evidencia a capacidade de aplicação de recursos na saúde, bem como possibilita averiguar o esforço empreendido pela gestão municipal para além do que a EC 29 determina como piso de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, observando a sustentabilidade da reforma pela margem de expansão negativa ou positiva dos gastos crescentes em saúde.

Pereira et al. (2006), ao elaborar as fórmulas lembra que o indicador “MEGPC” compara o valor apurado no indicador “DPSPC” com o gasto atual em saúde e pode ser lido de duas formas. Na primeira, quanto menor a margem de expansão de gastos, maior seria a sustentabilidade econômico-financeira por já gastar com saúde além de sua despesa potencial (margem de expansão negativa). A segunda leitura do indicador seria quanto maior a margem de expansão do gasto com saúde, maior a capacidade de incorporação de novas equipes de saúde da família e investimentos necessários para sua implantação, por ainda ter “folga” de recursos para fazê-lo.

- **Indicadores de capacidade de financiamento segundo aplicação de 15% da receita vinculável à saúde, fórmula original de Pereira *et. al.* (2006)**

a) Cálculo do indicador “Despesa Potencial em Saúde *per capita*”(DPSPC):

$$DPSPC = \left(\frac{\text{R. de impostos e transferências constitucionais no período}}{\text{População no período}} \right) \times \% \text{ devido EC-29} + \text{Receitas de transferências SUS } \textit{per capita} \text{ no período}$$

A análise pela primeira forma de aplicação suscita reflexões acerca da suficiência de recursos do orçamento da saúde em um contexto de aplicação do mínimo constitucional frente à despesa atual com saúde por habitante.

b) Cálculo do indicador “Margem de Expansão do Gasto *per capita*”(MEGPC):

$$\text{MEGPC} = (\text{DPSPC} - \text{Despesa total com saúde por habitante no período})$$

• Indicadores de capacidade de financiamento segundo aplicação da receita vinculável à saúde realizada pelo município

c) Cálculo do indicador “Despesa Potencial em Saúde *per capita*”(DPSPC):

$$\text{DPSPC} = \left(\frac{\text{R. de impostos e transferências constitucionais no período}}{\text{População no período}} \right) \times \begin{matrix} \% \text{ realizado EC-29} \\ \text{pelo município} \end{matrix} + \begin{matrix} \text{Receitas de transferências} \\ \text{SUS } \textit{per capita} \text{ no período} \end{matrix}$$

d) Cálculo do indicador “Margem de Expansão do Gasto *per capita*”(MEGPC):

$$\text{MEGPC} = (\text{DPSPC} - \text{Despesa total com saúde por habitante no período})$$

A análise dos indicadores considerando o percentual da receita vinculável realizado pelo município estima a suficiência de recursos através da análise comparativa entre o potencial de gastos com saúde e a despesa atual com saúde, indicando a margem de recursos disponíveis para sustentar o novo arranjo organizacional dos serviços de saúde.

Os autores supracitados propuseram classificação da análise do financiamento, que por seu potencial de reprodução já mencionado, foi utilizada neste estudo para análise da estrutura de financiamento (Quadro 3).

Quadro 3 - Classificação da análise da estrutura de financiamento.

Categoria de análise	Resultados encontrados	Classificação
Segundo a execução financeira (2002 – 2016)	Executou menos de 70% dos recursos recebidos	Ruim
	Executou entre 70% e 90 % dos recursos recebidos	Razoável
	Executou mais de 90% dos recursos recebidos	Bom
Evolução da porcentagem de impostos diretamente arrecadados (2002 – 2016)	Diferenças abaixo de 0%	Negativa
	Diferenças entre 0% e 10%	Conservadora
	Diferenças superiores a 10%	Positiva
Cumprimento da Emenda Constitucional 29 (realizado e diferença em relação ao devido) (2002 a 2008 / 2009 a 2016)	Descumprimento a EC 29 em algum dos anos estudados	Negativa
	Cumprimento da EC 29 em todos os anos estudados	Positiva
Evolução do Indicador EC 29 (2002 a 2008 / 2009 a 2016)	Apresentou evolução abaixo de 0 %	Negativa
	Apresentou evolução entre 0% e 15%	Estável
	Apresentou evolução acima de 15%	Positiva

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Pereira et al. (2006).

A análise da estrutura de financiamento deste estudo pauta-se na classificação da análise de financiamento proposta por Pereira *et. al.* (2006) (Quadro 3). Sendo assim, quanto à classificação da execução financeira de 2002 a 2016, consideraremos que o município teve execução financeira ruim se executou menos de 70% dos recursos recebidos, razoável se executou entre 70% e 90% dos recursos e bom se executou mais de 90% destes recursos.

A classificação quanto à evolução entre 2002 e 2016 da porcentagem de impostos diretamente arrecadados, classifica-se como negativa com diferenças abaixo de 0%, conservadora em caso de diferenças entre 0% e 10% e positiva quando houver diferença superior a 10%.

Já a classificação segundo o cumprimento da Emenda Constitucional 29 – Indicadores EC 29 (realizado e diferença em relação ao devido) de 2002 a 2016 será realizada por período pré e pós-expansão, sendo considerada negativa se houver descumprimento a EC 29 em pelo menos um dos anos estudados e, positiva se cumpriu a EC 29 em todos os anos estudados. Por fim, a classificação segundo a evolução do Indicador EC 29 de 2002 a 2016 também será realizada por período pré e pós-expansão, sendo classificada como negativa se apresentar evolução abaixo de 0%, estável se apresentou evolução entre 0% e 15% e positiva se apresentar evolução acima de 15% (Pereira et al., 2006).

2.2 ANÁLISE DO PADRÃO DE PROVISÃO

As avaliações de provisão ajudam a melhorar as intervenções mais rapidamente do que esperar por resultados de longo prazo. Com base na avaliação do padrão de provisão pode-se razoavelmente atribuir o sucesso ou fracasso de uma política pública. O indicador de provisão descreve o quantitativo de estabelecimentos ou atividades de um serviço ou programa de saúde para a população-alvo e pode ser obtido através de serviços ou utilização por meio de dados de sistemas de informação (HABICHT et al., 1999).

O estudo buscou descrever e analisar a evolução da cobertura e do padrão de provisão de equipes de Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal (SB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a tipologia e padrão de implantação dessas equipes (Quadro 4).

Quadro 4 - Indicadores de provisão de equipes da atenção primária à saúde.

Indicador	Descrição	Fonte
Evolução da Cobertura de equipes de ACS, ESF e SB (2008 – 2017)	Teto, credenciamento e implantação das equipes depois da reforma da APS	MS/SAS/DAB e IBGE.
Tipo predominante de equipes ativas de Saúde da Família e Saúde Bucal na APS (2008 – 2017)	Quantitativo de eSF por tipologia I, II, III e IV com e sem SB Quantitativo de eSB por modalidade I e II	CNES

Fonte: Elaborado pelo autor.

As categorias de análises dos efeitos sobre a provisão de serviços no período pós-expansão da ESF, 2008 a 2016, foram concebidas a partir dos indicadores de avaliação de provisão de serviços apresentados por Habicht et. al. (1999). Procedendo à coleta de informações de produção ambulatorial da base de dados SIA/SUS, considerou-se o mês de dezembro no período compreendido entre 2008 e 2016 e foram escolhidos três indicadores sobre utilização dos serviços e quatro indicadores sobre rede assistencial de saúde para serem vistos com maior detalhe na análise dos efeitos sobre a provisão de serviços (Quadro 5).

Quadro 5 - Indicadores de provisão de serviços da atenção primária à saúde.

Indicadores	Cálculo do Indicador	Objetivo da Análise	Fonte
Rede Assistencial Disponibilidade de equipamentos e unidades de Saúde por tipologia	Nº de equipamentos de diagnóstico por imagem - ultrassom convencional para cada 10.000 habitantes cobertos pela ESF Nº de equipamentos de diagnóstico por imagem – RX 100 a 500 MA para cada 10.000 habitantes cobertos pela ESF Nº de equipamentos odontológicos - equipo odontológico completo (cadeira odontológica) para cada 10.000 habitantes cobertos pela ESF	Avaliar a evolução da cobertura da ESF e capacidade instalada do município	CNES e DAB/MS
Utilização dos serviços de saúde Evolução da utilização dos serviços nas unidades de saúde da APS	Nº de consultas médicas em atenção básica/ 10.000 habitantes cobertos pela ESF Nº de primeira consulta odontológica programática/ 10.000 habitantes cobertos pela ESF Nº de coletas de material para exame citopatológico de colo uterino/ 10.000 habitantes cobertos pela ESF Nº de consultas de puericultura/ 10.000 habitantes cobertos pela ESF	Analisar a evolução conjunta da utilização dos serviços de saúde nas unidades	SIA/SUS e DAB/MS

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Habicht et. al. (1999).

A análise do padrão de desenvolvimento da provisão de serviços baseou-se no indicador de provisão proposto por Habicht *et. al.* (1999) e utilizou como parâmetro comparativo a média nacional, também calculada conforme proposta dos referidos autores.

a) Indicador Disponibilidade de equipamentos de saúde no SUS para cada dez mil habitantes cobertos pela ESF

Cálculo:

Número de equipamento disponível no SUS no período

Estimativa da população coberta por eSF no período

x 10.000

O número de equipamento disponível no SUS foi obtido através de dados do CNES sobre Recursos Físicos/equipamentos. A estimativa da população coberta por ESF foi obtida através de dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde sobre cobertura da atenção básica e considera o número de eSF multiplicado por 3.450 (média de pessoas acompanhadas por uma eSF). No caso de análise da disponibilidade de equipamentos odontológicos, deve-se utilizar a estimativa da população coberta por equipes de Saúde Bucal, que considera obedece o parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe.

O uso do indicador de provisão proposto por Habicht *et. al.* (1999) permite análise da quantidade de equipamentos disponíveis para uso para cada dez mil habitantes cobertos pela ESF, permitindo análise comparativa da disponibilidade de equipamentos entre os níveis local e nacional. A análise do padrão de utilização de serviços de saúde pela população coberta pela ESF baseou-se no indicador de utilização de serviços proposto por Habicht *et. al.* (1999) e também utilizou como parâmetro comparativo a média nacional, calculada sob os mesmos moldes propostos pelos autores.

b) Indicador Utilização dos serviços de saúde para cada dez mil habitantes cobertos pela ESF

Cálculo:

$$\frac{\text{Número de procedimento ambulatorial no período}}{\text{Estimativa da população coberta por eSF no período}} \times 10.000$$

Os dados sobre utilização de serviços são oriundos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). O número de procedimentos realizados foi obtido através de dados do SIA/SUS sobre Assistência à Saúde/ Produção Ambulatorial (SIA) por local de atendimento e quantidade de procedimentos aprovados para pagamento pelas Secretarias de Saúde. A estimativa da população coberta por ESF também foi obtida através de dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde sobre cobertura da atenção básica e considera o número de eSF multiplicado por 3.450 (média de pessoas acompanhadas por uma eSF). Utilizou-se o mês de dezembro como referência na análise. No caso de análise da utilização de serviços odontológicos, deve-se utilizar a estimativa da população coberta por equipes de Saúde Bucal, que considera obedece o parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe. O uso do indicador de provisão proposto por Habicht *et. al.* (1999) permite análise da quantidade de procedimentos ambulatoriais realizados para cada dez mil habitantes cobertos pela ESF, permitindo análise comparativa da utilização dos serviços de saúde entre os níveis local e nacional.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A SUSTENTABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA DA APS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

3.1.1 Evolução das receitas e despesas com saúde da cidade do Rio de Janeiro de 2002 a 2017

Verifica-se coincidência temporal entre o crescimento exponencial da cobertura por eSF na cidade do Rio de Janeiro e os movimentos preparatórios no setor saúde para a realização dos grandes eventos internacionais na cidade. A partir deste ponto serão apresentadas informações relevantes sobre o movimento preparatório do setor saúde para tais eventos a fim de verificar influências diretas ou indiretas sobre o processo de expansão da APS, sem que haja pretensão de estabelecer relação de causalidade entre ambos os acontecimentos.

Em 30 de outubro de 2007 a FIFA anunciou que o Brasil sediaria a Copa do Mundo em 2014. Foram instituídos em 2010 o “Comitê Organizador Local da Copa do Mundo da FIFA Brasil 2014” e o “Comitê Gestor da Copa” para supervisionar ações necessárias para realização do evento. Para operacionalização foram criadas “Câmaras Temáticas”, com espaços de discussão de políticas públicas e soluções técnicas. Foram realizadas 14 “Câmaras Temáticas da Saúde” entre 2011 e 2014 com o objetivo de articular ações de assistência e vigilância em saúde que incluíram: urgência e emergência, regulação, vigilância sanitária, vigilância em saúde (epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e promoção da saúde), comunicação e capacitação (BRASIL, 2014).

A priorização das cidades-sede na implantação das políticas de investimento previstas no orçamento do Ministério da saúde fez parte da agenda prioritária de 2011 do Grupo de Trabalho de Preparação das Ações de Saúde para a Copa do Mundo FIFA 2014 (BRASIL, 2012(a)).

A finalidade da preparação do setor saúde em eventos de massa é em decorrência da possibilidade de surgimento de situações de emergência de saúde pública e do aumento do risco de importação e exportação de doenças transmissíveis. Por isso a necessidade de mapeamento dos riscos e fortes campanhas de imunização no SUS de profissionais do ramo de turismo e turistas (BRASIL, 2014). A cidade do Rio de Janeiro tem tradição com eventos de massa. O Quadro 6 detalha os principais eventos de massa realizados na cidade do Rio de Janeiro no período estudado nesta dissertação.

Quadro 6 - Relação dos principais eventos de massa internacionais realizados no Rio de Janeiro - 2007 e 2016.

Ano	Evento de Massa
2007	Jogos Pan-Americanos
2011	Jogos Mundiais Militares
2011	Rock in Rio
2012	Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável – Rio + 20
2013	Copa das Confederações da FIFA
2013	Jornada Mundial da Juventude
2013	Rock in Rio
2014	Copa do Mundo FIFA Brasil 2014
2015	Rock in Rio
2016	Jogos Olímpicos e Paraolímpicos Rio 2016

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em BRASIL (2014).

A tradição de eventos de massa e, com especial atenção, a realização da Copa do Mundo FIFA Brasil 2014 e Jogos Olímpicos e Paraolímpicos Rio 2016, exigiu da cidade do Rio de Janeiro um sistema municipal de saúde que atendesse a estas demandas para além da oferta de serviços à população local (BRASIL, 2014).

Verifica-se que o setor saúde recebeu prioridade na agenda municipal movimentando aporte muito significativo de recursos para ampliação da oferta de serviços na atenção básica (Tabela 1). A plataforma estruturada para o setor saúde contemplou além da APS, a rede de serviços de pronto-atendimento e de atenção ao idoso, e teve como uma das diretrizes a ampliação da cobertura e melhoramento do atendimento assistencial dos serviços de atenção primária a partir da ESF (RIO DE JANEIRO, 2013).

Identifica-se que os setores prioritários na agenda municipal no período pós-expansão foram educação, saúde e urbanismo, de modo que se observadas as despesas orçamentárias liquidadas por função de governo, considerando todas as fontes de recursos, estas três rubricas compõem mais da metade das despesas municipais. Ressalta-se que esta classificação das despesas por função de governo não guarda relação com a aplicação da regra constitucional definida pela EC 29/2000, que considera a aplicação do limite mínimo constitucional de 15% sobre a receita própria municipal, e não total (Tabela 1).

Tabela 1 - Composição das despesas orçamentárias por função de governo da cidade do rio de janeiro – 2009 a 2016

Ranking de funções de governo prioritárias segundo alocação de recursos	Composição % da Execução Orçamentária (3º quadrimestre)								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
1º Educação	20,0	18,1	20,4	21,0	22,4	20,9	21,4	21,9	
2º Saúde	18,8	17,6	16,5	18,6	18,2	17,1	16,2	17,8	
3º Urbanismo	7,2	12,7	16,9	16,4	14,6	16,4	18,4	15,5	
TOTAL	46,0	48,4	53,8	56,0	55,2	54,4	56,0	55,2	

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em informações do Relatório de Transparência Fiscal da SMF.

O Planejamento Estratégico 2009 a 2012 publicado pelo governo municipal explicitou os objetivos centrais da gestão de posicionar a cidade do Rio de Janeiro como importante centro político e cultural no cenário internacional, isto é, levar o município ao circuito internacional de cidades globais (RIO DE JANEIRO, 2009).

[...] A expectativa de ser a capital da Copa 2014 e a conquista dos Jogos Olímpicos de 2016 estabelecem um momento oportuno para transformar esses sonhos em ideias, projetos, realizações. A Prefeitura, através do seu Plano Estratégico, propõe um caminho para alcançarmos esse objetivo". (PAES, 2009, Carta do Prefeito, Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2009 – 2012, p. 5)

O Relatório de Transparência Fiscal da Secretaria Municipal de Fazenda do município, publicado em 2011, apresentou as despesas orçamentárias por categoria econômica e destacou o aumento de quase 30% em Outras Despesas Correntes devido aos recursos alocados em programas estratégicos da Prefeitura, fazendo alusão especial ao setor saúde. No âmbito da saúde, atribuiu este aumento à contratação das Organizações Sociais de Saúde para a gestão das Clínicas da Família e das Unidades de Pronto-Atendimento construídas pelo Município, que totalizavam 60 novas unidades no período. O mesmo relatório apresentado pela gestão municipal justifica o aumento superior a 100% das despesas com Investimentos como sendo para agilidade na execução das obras em andamento.

Mesmo que a literatura internacional descreva um padrão entre 1 e 2% do total de participantes desse perfil de evento que necessitam de algum atendimento de saúde, e que sejam criadas instalações de urgência e emergência com este fim, a engrenagem das ações preparatórias de grandes eventos esbarram em atenção primária à saúde (BRASIL, 2014).

Nesta dissertação analisamos a estrutura de financiamento da cidade do Rio de Janeiro para compreender os efeitos da reforma do setor saúde sobre a sustentabilidade econômico-financeira do novo arranjo do sistema municipal de saúde. A partir desse ponto, buscaremos

compreender as condições de financiamento que favoreceram a expansão da capacidade instalada, cobertura e oferta de serviços de saúde na APS da cidade, bem como os efeitos dessa ampliação sobre a capacidade de financiamento do município.

Os dados que alimentaram a análise da capacidade de financiamento foram obtidos através de Relatórios de Transparência Fiscal da Secretaria de Fazenda e Relatórios de Prestação de Contas da Controladoria Geral do município, indicadores municipais anuais do SIOPS e informações orçamentárias do RREO (Relatório Resumido da Execução Orçamentária) que eram anuais até 2012 e a partir de 2013 passaram a bimestrais, tendo sido considerado o 6º bimestre de cada ano por apresentar os valores acumulados. O Demonstrativo da Receita Líquida de Impostos e das Despesas Próprias com Saúde integra o RREO e averigua o cumprimento do disposto na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), o que justifica a utilização das informações nele contidas na análise aqui empenhada.

As fontes de financiamento do SUS são compostas basicamente pela receita própria municipal e transferências de outros entes federativos aos municípios (Quadro 7). Como receita própria entende-se o conjunto de impostos diretamente arrecadados e transferências constitucionais de impostos. A base de cálculo municipal para a vinculação constitucional de recursos para saúde (EC 29/2000) se assenta sobre o limite mínimo constitucional de 15% da receita própria municipal. (BRASIL, 2003)

As transferências relacionadas ao setor saúde podem ser constitucionais, legais e destinadas ao SUS. As transferências destinadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) são transferências tratadas separadamente por conta da relevância do assunto, por meio da celebração de convênios, de contratos de repasses e, principalmente, de transferências fundo a fundo, com valores depositados diretamente no Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, em contas específicas (BRASIL, 2017(a)).

As transferências constitucionais são aquelas previstas na Constituição Federal, de parcelas das receitas federais arrecadadas pela União e que devem ser repassadas aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios. O objetivo do repasse é amenizar as desigualdades regionais e promover o equilíbrio socioeconômico entre Estados e Municípios. Já as transferências legais são as parcelas das receitas federais arrecadadas pela União, repassadas aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, por transferências automáticas ou fundo a fundo que dispensam a celebração de convênios, previstas em leis específicas. Essas leis determinam a forma de habilitação, a transferência, a aplicação dos recursos e como deverá ocorrer a respectiva prestação de contas. O Quadro 7 apresenta a composição da receita vinculável à saúde segundo origem da fonte (BRASIL, 2017(a)).

Quadro 7 - Composição da receita vinculável à saúde segundo origem da fonte.

Receita de Arrecadação Direta ¹		Transferências Constitucionais e Legais			
Impostos de competência municipal		De competência da União aos municípios ²		De competência do estado aos municípios	
Impostos	Base de Cálculo	Impostos	Base de Cálculo	Impostos	Base de Cálculo
IPTU Imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana	Valor de mercado do imóvel /400. Tabelas de alíquotas progressivas.	FPM Fundo de Participação dos Municípios	Cota-Parte de distribuição obedece a coeficientes divulgados pelo TCU	ICMS Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços	Cota-Parte de acordo com o Índice de Participação dos Municípios (IPM) segundo critérios estabelecidos pela lei estadual N° 2.664/96, modificada pela Lei N.º 5.100/2007.
ITBI Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis	3% do valor venal do imóvel (registro até 2017 são 2%).	ITR Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural	Cota-Parte: 50% do produto da arrecadação dos imóveis localizados no município.	IPI – Exportação Imposto sobre Produtos Industrializados	Do valor transferido pela União, 25% devem ser repassados pelos Estados aos municípios.
ISS Imposto sobre serviço de Qualquer Natureza	Alíquota de 5% do valor total dos serviços previstos da lista de serviços da LC 116/03.	LEI KANDIR (LC N° 87/96) Desoneração do ICMS das exportações de produtos primários e semielaborados	Cota-Parte de 25% distribuídos aos municípios pelos critérios estabelecidos em lei estadual N° 2.664/96, modificada pela Lei n°5.100/2007.	IPVA Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores	Do total arrecadado por cada veículo, 50% é destinado ao governo estadual e 50% para o município onde o veículo foi registrado.
IRRF Imposto de Renda Retido na Fonte	Tabela progressiva com alíquotas e deduções. Incorporação do IR referente a pagamentos de funcionários e servidores municipais.				

Fonte: Elaborado pelo autor, com base no Manual do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, 2003.

(1) A receita de arrecadação direta do município é composta por impostos, taxas e contribuições de melhoria.

(2) Exclui as transferências voluntárias.

Desta forma, uma política de saúde com elevada sustentabilidade estaria assentada em maior eficiência da gestão pública e teria maior possibilidade de resistir às instabilidades da

descontinuidade administrativa na gestão e dilemas da dependência financeira de outras esferas de governo.

Faz-se necessária a análise da despesa total empenhada e da receita total do município, por categoria econômica, a fim de compreender quais as condições que favoreceram a expansão verificada neste estudo da capacidade instalada, de equipamentos de saúde e provisão de equipes no âmbito da APS do município (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 - Composição da receita total do município do Rio de Janeiro, em milhões nominais, por categoria econômica - 2002 a 2008

Discriminação	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Var. % 2008/ 2002
Receita Tributária	2.149,3	2.329,4	2.641,6	2.939,7	3.201,6	3.583,2	4.585,3	113,34
R. de Contribuições	322,1	-	-	-	-	-	-	-
R. Patrimonial	679,2	355,7	166,6	139,8	177,9	168,4	203,7	(70,01)
R. Industrial	5,5	-	-	-	-	-	-	-
R. de Serviços	108,5	52,3	0,7	0,9	3,2	32,0	54,6	(49,68)
Transf. Correntes	2.471,6	2.626,0	3.131,8	2.998,3	3.125,3	3.714,4	3.854,6	55,96
Outras R. Correntes	319,4	288,9	622,6	548,5	617,2	565,9	602,7	88,70
RECEITAS CORRENTES	6.055,6	5.600,3	6.563,5	6.627,4	7.125,5	8.064,1	9.301,1	53,60
Operações de crédito	78,4	157,6	191,6	75,0	22,8	8,9	48,8	(37,76)
Alienação de bens	0,0	0,0	0,3	0,3	370,4	5,5	17,8	-
Amortização de Empréstimos	47,4	0,5	0,0	0,0	0,0	-	-	-
Transferências de capital	3,8	-	7,7	4,1	60,2	32,7	121,2	3089,47
RECEITAS DE CAPITAL	280,5	158,2	199,7	79,5	453,5	47,1	187,8	(33,05)
RECEITA TOTAL	6.415,0	6.601,2	6.763,2	6.920,5	7.579,0	8.111,3	9.489,0	47,92%

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do Balancete Orçamentário da CGM.

Notas:

*Dados sobre receita tributária e transferências correntes não disponíveis por origem.

**Dados não apresentados pelo Balancete Orçamentário foram assinalados com traço (-).

A análise em variações percentuais do desempenho financeiro contemplou os anos de 2002 a 2008 (Tabelas 2 e 3) e 2009 a 2016 (Tabelas 4 e 5) tendo sido excluído da análise comparativa o ano de 2017, que foi publicado com dados do 2º quadrimestre, o que feriria a similitude entre os períodos estudados. Nesta análise utilizou-se o 3º quadrimestre de cada ano por apresentar os dados consolidados provenientes do Relatório de Transparência Fiscal, uma publicação quadrimestral da Secretaria de Fazenda do Município do Rio de Janeiro que apresenta as receitas e despesas do período com base em dados extraídos do Sistema de

Orçamento da Secretaria Municipal de Fazenda (SMF) e do Sistema Fincon da Controladoria Geral do Município (CGM).

O período pré-expansão, do ponto de vista da transparência nas contas públicas, caracterizou-se por detalhamento inferior das receitas e despesas públicas ao apresentado no período pós-expansão, o que ficou evidenciado nas Tabelas 2 e 3.

Verifica-se aumento expressivo da receita total (+47,92%), da receita tributária (+113,34) e transferências correntes (+55,96) no período pré-expansão, o que aponta tendência positiva no desempenho da arrecadação de recursos próprios pelo município. Destaque ao ano de 2008 que demonstrou excelente desempenho tributário em mais de R\$ 1 bilhão em termos nominais. As receitas corrente e total tiveram ampliação em torno de 50%. Apesar da tendência de declínio das receitas de capital apresentadas no período, impactadas pela redução nas operações de crédito, houve ampliação robusta das transferências de capital em 3.089,47% ou R\$ 117,4 milhões nominais (Tabela 2)

Tabela 3 - Participação de cada grupo de despesa no orçamento total empenhado do município do Rio de Janeiro - 2002 a 2008

Categoria	Grupo de Despesa	Empenhado (em milhões nominais)							Var. % 2008/ 2002
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Correntes	Pessoal Total	3.094,9	3.589,9	3.956,9	4.328,5	4.667,7	4.634,3	5.556,7	79,54
	Juros da Dívida Total	382,6	428,9	433,0	476,7	511,8	541,1	590,1	54,23
	Outras Correntes	1.965,6	2.008,2	2.117,2	2.117,6	2.146,9	2.625,0	2.724,9	38,63
	Total de despesas correntes	5.443,2	6.027,1	6.507,2	6.922,9	7.326,5	7.800,5	8.871,8	62,99
Capital	Investimentos	640,6	699,8	724,1	557,1	682,6	841,4	837,1	30,67
	Inversões Total	166,6	291,1	35,4	86,9	22,1	54,9	403,3	142,08
	Amortização da dívida Total	164,5	207,8	115,1	115,7	110,9	103,0	106,9	-35,02
	Total de despesas de capital	971,8	1.198,8	874,8	759,8	815,7	1.029,4	1.347,3	38,64
TOTAL GERAL		6.415,0	7.226,0	7.493,5	7.821,7	8.332,0	9.647,0	11.151,3	73,83
Resultado Orçamentário		(78,9)	(234,1)	(6,6)	(10,5)	371,6	(132,4)	(195,6)	-

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados anuais de Prestação de Contas da CGM.

*De acordo com a composição do resultado orçamentário declarada na Prestação de Contas Anuais da CGM, que compara as receitas e despesas realizadas.

Nota-se que as despesas públicas (+73,83) tiveram aumento bastante superior em relação às receitas públicas (+47,92) no período pré-expansão. O resultado orçamentário apresentou-se deficitário em quase todos os anos (exceto 2006). Outro ponto que chama atenção

é a evolução da Despesa com Pessoal Total que teve 79,54% de crescimento, que representam um incremento de R\$ 2.461,8 milhões nominais, sendo a rubrica que mais impacta as despesas públicas, seguida de Outras despesas Correntes. As despesas de capital cresceram no período, porém, em proporções menores que as despesas correntes. A categoria econômica que mais impactou este grupo de despesa foi a de Investimentos, que teve incremento e chegou a R\$ 837,1 milhões nominais (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta as receitas municipais no período pós-expansão. Constata-se aumento em quase todas as rubricas, à exceção da Amortização de Empréstimos que apresentou queda de 20,7% em relação a 2009. Verifica-se crescimento muito expressivo da receita total do município ao comparar o crescimento entre o cenário inicial da expansão e o último ano em análise (+ 142,3). Este aumento representa o triplo do crescimento nominal em relação ao período pré-expansão. Para análises mais detalhadas sobre o quesito suficiência de recursos, segue-se à análise por categorias econômicas e origem.

As receitas correntes apresentaram ritmo de aumento expressivo e regular durante todo o período. A receita tributária quase dobrou e, em termos nominais, foi impactada mais diretamente pelo aumento na arrecadação do ISS (+98,8%), que pode ter tido melhora no desempenho quando da implantação da Nota Carioca. As receitas de Contribuições eram pouco representativas na composição das receitas correntes no período pré-expansão e nos dois primeiros anos do período em análise, passaram a terceira maior origem de recursos dessa categoria econômica (+358,9). No mesmo período, as transferências correntes cresceram 77,6% em ritmo constante, sendo mais impactadas pelos recursos do FUNDEB, ICMS líquido e SUS, nesta ordem de importância em termos nominais (Tabela 4).

Evidencia-se o crescimento exponencial de 1.039,0% nas receitas de capital, impactadas fortemente pelas operações de crédito, que aumentaram mais de 47 vezes sobre si mesmo. Também houve aumentos substantivos na alienação de bens em 21 vezes e transferências de capital em 6,9 vezes. A posição das receitas de capital em 2016 era de 12,7% da composição da receita total por categorias econômicas (Tabela 4).

Tabela 4 - Composição da receita total do município do Rio de Janeiro, em milhões nominais por categoria econômica e origem - 2009 a 2016

Discriminação	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var.% 2016/ 2009
Receita Tributária	5.059,9	5.747,9	6.666,1	7.523,0	8.358,9	9.148,0	9.598,8	9.898,4	95,6
IPTU	1.273,9	1.430,2	1.525,4	1.622,4	1.844,2	2.000,5	2.031,7	2.320,4	82,1
IRRF	349,1	354,1	499,6	508,2	549,0	671,0	756,1	985,3	182,2
ITBI	388,3	494,9	589,7	744,9	786,9	737,2	667,1	625,2	61,0
ISS	2.770,0	3.170,6	3.730,4	4.292,3	4.806,0	5.352,4	5.728,8	5.507,5	98,8
TCDL	209,7	224,0	239,1	257,8	278,1	295,7	311,9	358,7	71,1
Outras Taxas	68,9	74,1	81,8	97,4	94,7	91,2	103,2	101,2	46,9
R. de Contribuições	793,1	948,7	2.159,9	2.400,6	2.634,7	2.978,5	3.256,8	3.639,9	358,9
R. Patrimonial	567,7	945,0	1.080,9	946,9	767,3	876,6	1.365,4	899,2	58,4
R. Industrial	5,0	5,0	6,7	6,2	6,6	7,0	7,8	7,7	54,0
R. de Serviços	206,4	305,4	335,9	316,6	350,2	400,8	315,2	301,6	46,1
Transf. Correntes	4.055,4	4.675,3	5.106,7	5.879,2	6.591,7	6.877,6	7.077,5	7.203,6	77,6
Intergovernamentais	4.037,6	4.638,7	5.089,5	5.858,6	6.571,7	6.843,5	6.996,9	7.101,6	75,9
FPM líq.	114,3	141,4	155,8	184,0	197,1	218,0	202,2	237,0	107,3
SUS	874,4	1.014,9	1.069,9	1.294,4	1.385,6	1.376,1	1.371,4	1.426,8	63,2
ICMS líq.	1.173,0	1.304,8	1.427,1	1.592,2	1.782,1	1.810,3	1.916,7	1.802,2	53,6
IPVA líq.	352,1	349,4	388,5	428,1	466,6	504,1	538,9	648,3	84,1
IPI Exp. líq.	27,6	33,0	42,9	42,7	44,3	49,0	41,4	43,8	58,7
Royalties	122,4	145,4	176,5	220,6	221,2	250,7	208,0	171,2	39,9
FUNDEB	1.112,8	1.321,0	1.490,4	1.686,3	2.017,3	2.119,4	2.178,9	2.190,2	96,8
Salário- Educação	161,2	181,4	220,1	265,5	291,3	353,1	404,1	375,9	133,2
Outras	99,9	147,3	118,2	144,8	166,2	162,8	135,2	206,0	106,2
Convênios	17,8	36,6	17,1	20,6	19,9	34,1	80,7	102,0	473,0
Outras R. Correntes	663,8	1.091,8	1.069,8	1.496,7	2.027,8	1.408,4	1.913,5	2.719,4	309,7
Receitas correntes	11.351,3	13.719,2	16.425,9	18.569,2	20.737,1	21.696,8	23.535,0	24.669,8	117,3
Operações de crédito	30,0	1.005,4	1.098,1	457,1	717,9	1.635,8	1.872,1	2.302,7	7575,7
Alienação de bens	60,6	127,7	76,6	387,3	15,3	224,7	52,2	374,6	518,2
Amortização de Empréstimos	104,6	106,1	101,6	99,6	83,1	80,4	86,5	83,0	-20,7
Transferências de capital	120,7	284,8	118,4	176,4	195,6	334,8	842,7	837,7	594,0
Receitas de capital	315,9	1.524,0	1.394,7	1.120,3	1.012,0	2.275,7	2.853,5	3.598,0	1039,0
RECEITA TOTAL	11.667,2	15.243,2	17.820,6	19.689,5	21.749,1	23.972,5	26.388,5	28.267,7	142,3

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do Relatório de Transparência Fiscal da SMF.

Em termos nominais, as receitas correntes saíram de um patamar de R\$ 9.301,1 milhões em 2008 para R\$ 24.669,8 milhões em 2016, enquanto as receitas de capital partiram de R\$ 187,8 milhões para R\$ 3.598,0 milhões. A receita corrente aumentou 2,6 vezes sobre si mesma, ao passo que a receitas de capital aumentou 19,1 vezes (Tabela 4).

Nota-se melhor desempenho da gestão municipal na organização interna para captação de recursos no período pós-expansão, demonstrado tanto pela ampliação da receita das duas categorias econômicas quanto pela exploração de receitas de rubricas pouco exploradas anteriormente.

No tocante as despesas orçamentárias, houve aumento em todas as rubricas das despesas correntes durante o período pós-expansão. Importa assinalar que as transferências a instituições privadas sem fins lucrativos (despesas de custeio com saúde) para manutenção das unidades de saúde estão inscritas em “Outras Despesas Correntes”, que aumentou 199,5% em variação percentual, equivalente a R\$ 5,9 bilhões nominais (Tabela 5).

As despesas de capital apresentaram aumento exponencial, com destaque para as despesas com Investimentos que ampliaram 827,6%, o que representa um crescimento nominal de R\$ 3,3 bilhões (Tabela 5). As despesas com Investimentos são destinadas ao planejamento e execução de obras, bem como aquisição de instalações, equipamentos e material permanente e constituição ou aumento de capital de empresas que não sejam de caráter comercial ou financeiro (BRASIL, 2017(a)). No município do Rio de Janeiro, segundo o Relatório de Transparência Fiscal da Secretaria Municipal de Fazenda do exercício 2011, estes investimentos tiveram foco em áreas de legado olímpico: saúde, educação, transportes e urbanização.

Tendo o ano de 2016 como referência, último ano estudado do período pós-expansão, verifica-se que as despesas de capital saíram de um patamar de R\$ 1.347,3 milhões nominais em 2008 para R\$ 4.567,5 milhões nominais em 2016. As despesas correntes partiram de 8.971,8 em 2008 para 24.311,7 em 2016. As despesas totais aumentaram 2,7 vezes entre o último ano de cada período (Tabela 5). Embora as receitas correntes tenham aumentado 2,6 vezes (ou R\$ 15.368,7 milhões nominais), bastante congruentes às despesas correntes que cresceram 2,7 vezes (ou R\$ 15.439,9 milhões nominais), verificam-se déficits orçamentários sequenciais a partir de 2011 (Tabela 5).

Tabela 5 - Participação de cada grupo de despesa no orçamento total empenhado do município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016

Categoria	Grupo de Despesa	Empenhado (em milhões nominais)								Var. % 2016/2009
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Correntes	Pessoal Total	6.222,4	6.677,2	8.426,7	9.406,8	10.340,2	11.823,9	12.977,5	14.744,1	137,0
	Juros da Dívida Total	679,8	625,7	512,6	499,2	550,4	641,6	490,9	564,6	(16,9)
	Outras Correntes Total	3.006,2	4.025,1	5.200,5	7.171,5	7.555,3	7.799,7	8.085,7	9.003,0	199,5
	Total de despesas correntes	9.908,4	11.328,0	14.139,8	17.077,5	18.445,9	20.265,1	21.554,1	24.311,7	145,4
Capital	Investimentos	400,7	1.560,1	3.347,2	3.322,0	2.810,4	3.616,0	5.180,9	3.716,7	827,6
	Inversões Total	84,4	58,2	77,8	171,0	198,8	272,1	260,9	580,5	587,8
	Amortização da dívida Total	376,7	1.332,6	1.158,3	280,2	362,2	378,6	296,7	270,3	(28,2)
	Total de despesas de capital	861,8	2.950,9	4.583,2	3.773,2	3.371,4	4.266,6	5.738,5	4.567,5	430,0
Total Geral	10.770,1	14.278,9	18.723,0	20.850,7	21.817,3	24.531,7	27.292,6	28.879,2	168,1	
Resultado Orçamentário	897	964	(902,5)	(1.161,2)	(68,2)	(559,3)	(904,1)	(611,5)		

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados anuais do Relatório de Transparência Fiscal da SMF.

Tabela 6 - Indicadores municipais de endividamento do município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016

Ato	Indicador	Limite	2009*	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Resolução Senado 40/2001	Dívida Consolidada Líquida / Receita Corrente Líquida (RCL) anual	120 %	38	21	48	54	47,42	57,51	75,86 43,4**	63,76
	Média do serviço anual da dívida até 2027 / RCL anual	11,5 %	6,35	5,39	5,06	5,35	6,56	6,89	8,55 5,4**	6,93
MP 2185 - 35	Dívida Contratual Bruta total / Receita Líquida Real (RLR) anual	100 %	103	85	80	75	79	90	104	75

Fonte: Elaborado pelo autor, com base no Relatório de Transparência Fiscal exercício 2016 da SMF.

*O dado é referente ao mês de novembro.

** Valores sob efeito da LC 148/2014.

A figura 1 demonstra a composição do resultado Orçamentário nos últimos anos da pós-expansão, que é apurado pela diferença entre a Receita Total arrecadada e a Despesa Total empenhada. O resultado é superavitário quando a receita arrecadada supera a despesa empenhada, e resultado deficitário quando o inverso ocorre (RIO DE JANEIRO, 2012).

Figura 1 – Composição do Resultado Orçamentário da cidade do Rio de Janeiro de 2012 a 2016

Especificações	Em R\$ Mil					Variação 2015/2016
	2012	2013	2014	2015	2016	
Receitas Correntes	18.569.190	20.737.118	21.696.830	23.535.007	24.669.792	1.134.785
(-) Despesas Correntes	(17.077.477)	(18.445.928)	(20.265.108)	(21.554.104)	(24.311.695)	(2.757.591)
Superávit Corrente	1.491.713	2.291.190	1.431.722	1.980.903	358.096	(1.622.806)
(+) Receita de Capital	1.120.269	1.012.008	2.275.650	2.853.475	3.597.954	744.479
Subtotal	2.611.982	3.303.198	3.707.372	4.834.378	3.956.051	(878.327)
(-) Despesas de Capital	(3.773.215)	(3.371.405)	(4.266.628)	(5.738.493)	(4.567.508)	1.170.985
Resultado Orçamentário	(1.161.233)	(68.206)	(559.256)	(904.115)	(611.458)	292.658

Fonte: Extraído de Prestação de Contas exercício 2016 da Controladoria Geral do Município (2018, p. 14).

O referido Relatório de Transparência Fiscal do exercício 2011 atribuiu à possibilidade de ampliação de Investimentos e despesas de custeios da operacionalização da rede de Clínicas da Família e Unidades de Pronto Atendimento ao aumento das receitas totais e uma possível administração eficiente das despesas de pessoal e dívida (RIO DE JANEIRO, 2011).

Já no exercício 2016, este relatório destacou a redução de 28,3% nos investimentos, atribuída ao “início de um processo de conclusão do ciclo de investimentos que teve como pano de fundo a Copa do Mundo de 2014 e as Olimpíadas de 2016” (RIO DE JANEIRO, 2016, p.7), e concluiu que a situação fiscal da Prefeitura do Rio de Janeiro em 2016 refletiria um cenário nacional de praticamente três anos de recessão e que a arrecadação de impostos relacionados à atividade econômica e transferências constitucionais provenientes de outras esferas de governo desaceleraram ou reduziram. O relatório afirma que, do ponto de vista da despesa corrente, houve elevação real em todas as rubricas (pessoal, juros e outras despesas correntes) e que este fato potencializou o efeito negativo sobre o orçamento municipal mitigando o efeito positivo da folga dos limites legais de endividamento (Tabela 6), deixando pressionada a posição fiscal do município.

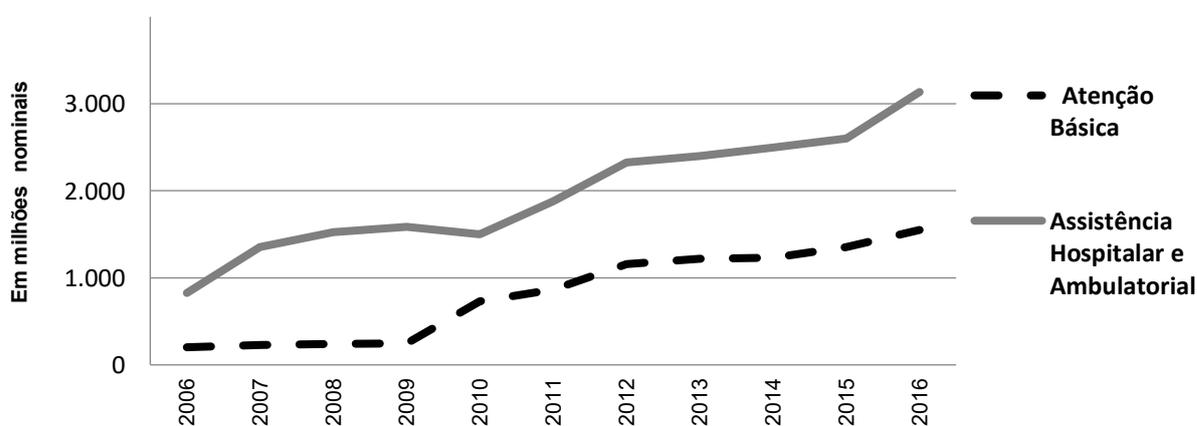
Verifica-se que os valores do déficit orçamentário são mais expressivos no período pós-expansão, tendo sido impactado pelas despesas de capital. Não foi observada redução na arrecadação direta e transferências constitucionais provenientes de outros entes que justificassem os resultados orçamentários deficitários. Portanto, as explicações citadas do Relatório de Transparência Fiscal exercício 2016 não são sustentadas.

Nota-se que o contexto de preparação da cidade para a realização dos grandes eventos internacionais favoreceu o aumento das receitas de capital e do grupo de despesa Investimentos na execução orçamentária, direcionado a áreas estratégicas para o legado olímpico, dentre elas a saúde. Constata-se, assim, que o efeito negativo sobre o orçamento municipal provém da despesa muito elevada com Investimentos concentrada nas obras para os Jogos Olímpicos Rio 2016, apesar da boa captação de receitas correntes e despesas correntes compatíveis com estas.

Demonstra-se a abrangência da reforma do setor saúde da cidade do Rio de Janeiro, que constituiu a reforma dos mecanismos de provisão da atenção primária, por meio da descrição da evolução da aplicação de recursos na subfunção Atenção Básica segundo o Relatório Resumido da Execução Orçamentária no Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde.

No gráfico 1 pode-se constatar que esta subfunção apresentou expansão sem precedentes em valores aplicados em ações e serviços básicos de saúde que atendem ao critério da universalidade. A subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial foi a que deteve o maior aporte de recursos e também recebeu ampliação no período. A evolução da proporção da subfunção Atenção Básica (AB) na despesa municipal apontou aumento considerável de participação no ano de 2010 (194%) que se estendeu até 2016. A despesa executada em AB teve ampliação de 522,63% durante o período pós-expansão (2009 a 2016).

Gráfico 1 – Maiores Despesas Executadas Liquidadas por Subfunção do município do Rio de Janeiro de 2006 a 2016



Fonte: Elaborado pelo autor, com base no RREO.

Após constatar a ampliação do volume de recursos alocados na AB pela gestão municipal, passemos à análise da evolução das despesas e receitas do município a fim de

estabelecer comparação entre o ritmo de desenvolvimento do setor saúde e suficiência e permanência de recursos no município.

Tabela 7 - Participação percentual das principais fontes de recursos do SUS na receita total do município do Rio de Janeiro - 2002 a 2016

Ano	% da receita de impostos na receita total do MRJ	% das transferências intergovernamentais na receita total do MRJ	% transferências p/ SUS no total de recursos transferidos	% receita de impostos e transf. const. legais na receita total do MRJ
2002	41,60	44,47	26,53	64,75
2003	42,51	43,76	26,67	64,44
2004	42,73	45,65	24,33	65,34
2005	47,96	43,52	12,83	71,76
2006	46,19	42,25	14,34	68,38
2007	48,44	46,3	23,58	69,88
2008	49,48	41,01	20,84	70,10
Dif. % 2002 – 2008	+ 7,88	- 3,46	- 5,69	+ 5,35
2009	49,96	39,25	21,12	70,07
2010	42,73	33,98	20,58	59,26
2011	45,20	33,81	21,03	61,88
2012	45,74	35,11	21,70	62,55
2013	49,35	35,26	20,55	66,06
2014	46,25	33,57	19,76	62,00
2015	44,37	30,54	16,59	59,25
2016	35,67	26,93	16,94	47,41
Dif. % 2009 - 2016	- 14,29	- 12,32	- 4,18	- 22,66

FONTE: Elaborado pelo autor, com base em dados do SIOPS.

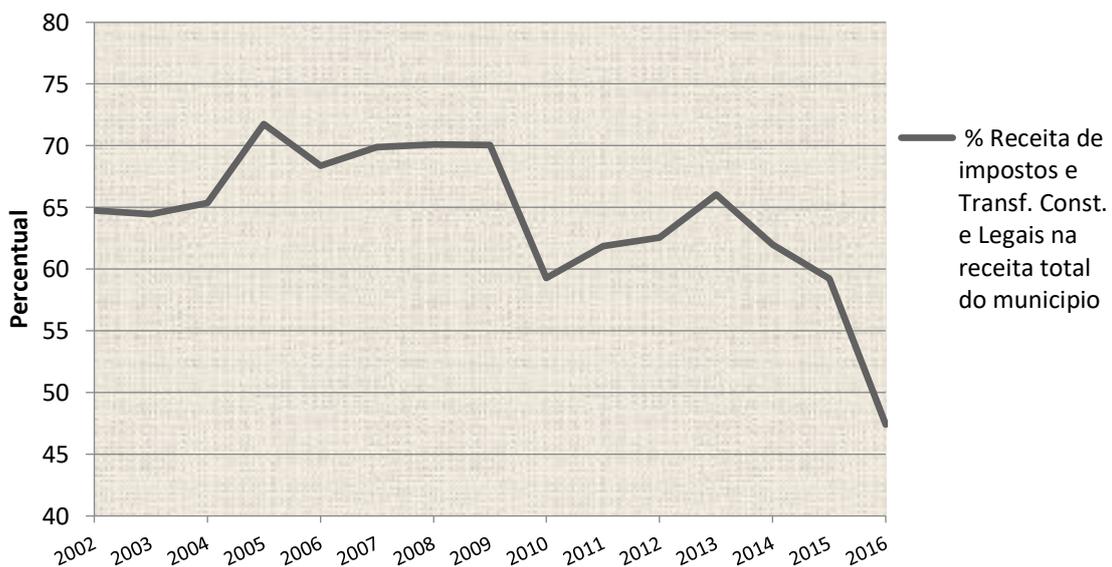
Em análise comparativa entre os períodos de pré-expansão (2002 a 2008) e pós-expansão (2009 a 2016) utilizando dados do SIOPS, por diferença percentual dos indicadores financeiros no último ano sobre o primeiro ano de cada período, foi possível observar que no período pré-expansão houve aumento na arrecadação direta de impostos (+7,88), e queda das transferências constitucionais e legais e transferências para o SUS. O aumento da proporção da receita vinculável à saúde de acordo com EC 29 (+5,35) na receita total do município pode ser atribuído ao aumento na arrecadação de impostos (Tabela 7).

Pode-se perceber na Tabela 7 que o período caracterizado pela expansão exponencial da cobertura por equipes de Saúde da Família e aumento significativo da capacidade instalada e disponibilidade de equipamentos, foi marcado por queda da participação percentual de todas as

fontes de recursos do SUS na receita total do município, com queda mais expressiva no ano de 2010: impostos diretamente arrecadados IPTU, ITBI, ISS e IRRF, excluídas as deduções (-10,65); transferências intergovernamentais que exclui as deduções e inclui as transferências constitucionais e legais, voluntárias e remuneração por serviços de saúde pagos pela União (-8,88); transferências para a saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município (-3,85); e receita própria, vinculada à saúde de acordo com a EC 29/2000 (-17,64).

A participação percentual da receita de impostos líquida e transferências constitucionais e legais na receita total do município, excluídas as deduções, foi verificada com base no indicador 1.6 do SIOPS, que objetiva medir o percentual proveniente das receitas próprias que compõe a totalidade da receita. Este é um indicador importante para a análise de sustentabilidade econômico-financeira pelo entendimento de sustentabilidade adotado nesta dissertação conforme anteriormente esclarecido, que considera a suficiência e permanência de recursos próprios e transferidos (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Participação percentual da receita própria na receita total do município do Rio de Janeiro de 2002 a 2016



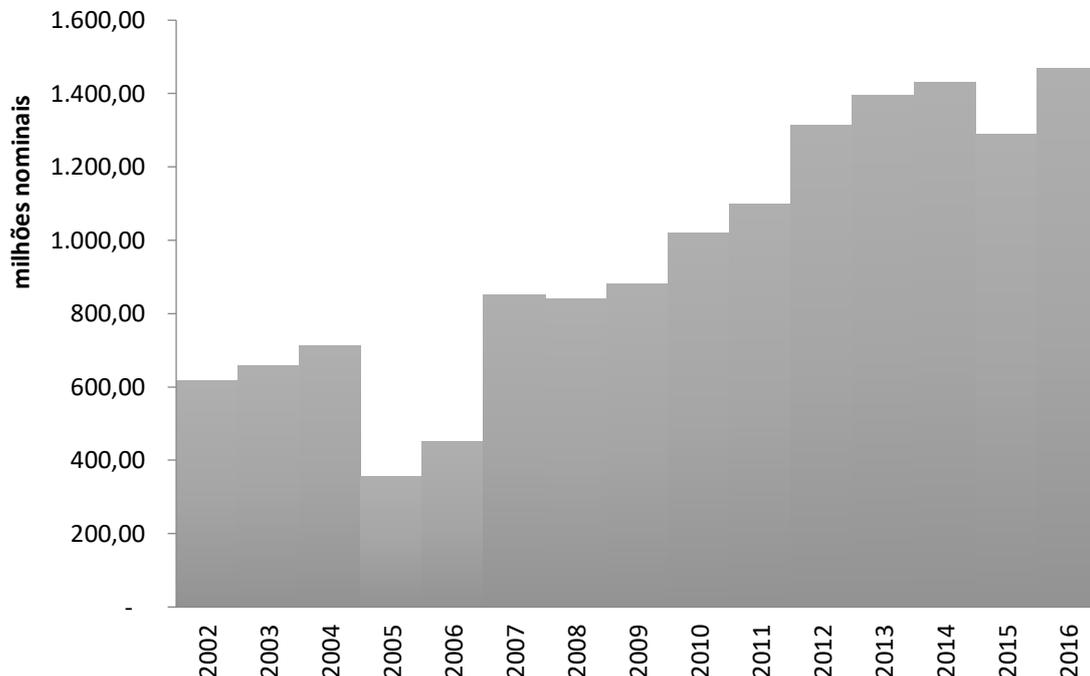
Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do SIOPS.

O município do Rio de Janeiro vem apresentando crescimentos nominais na receita total do município (em valores correntes) bem como de todas as fontes de recursos do SUS e despesa total com saúde, como será detalhado em diante. Em análise da representação gráfica (Gráfico 2) observamos trajetória descendente da participação percentual da receita vinculada à saúde

pela EC 29/2000 na receita total a partir do período pós-expansão da APS, com queda acentuada nos anos de 2010 e 2016. Uma análise holística permite observar que a receita total do município aumentou em proporções muito superiores à receita de orçamento da saúde, com picos de crescimento nominal nos anos referidos, por isso a diminuição de representatividade dentre as fontes de recursos do município, o que não significa redução de recursos para a saúde.

Os recursos transferidos para o SUS dentre o total de recursos transferidos ao município - indicador 1.3 do SIOPS - apresentou aumento paulatino ao longo do período pós-expansão, principalmente a partir de 2010, à exceção do ano 2015 (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Evolução dos recursos transferidos para o SUS do município do Rio de Janeiro de 2002 a 2016



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do SIOPS.

Apesar disso, a participação percentual das transferências destinadas para o SUS dentre o total de transferências recebidas pelo município também vem perdendo expressão ao longo dos anos em decorrência do aumento da totalidade de recursos transferidos. O aumento gradual do volume de recursos transferidos ao SUS ficou explícito no indicador “R. Transf. SUS por habitante”, que saiu de R\$ 103,72 em 2002 para R\$ 226,08 em 2016 (ambos em valores correntes) e, no entanto, representam 26,53% e 16,94%, respectivamente, do total de recursos

transferidos ao município. No período pré-expansão houve aumento de 31,62% do volume de recursos recebidos da União para o SUS, enquanto no período pós-expansão o aumento foi mais significativo, 48,39% (Tabela 8).

Outro resultado relevante é que a quase totalidade das transferências da União para o município se dá para o setor saúde, porém, os recursos transferidos para o SUS vêm perdendo expressividade. A variação percentual destas foi de -26,86% antes da expansão da APS e de -10,31% após o início da reforma (Tabela 8).

A diminuição da participação dos recursos de transferências destinadas ao SUS frente à despesa total com saúde do município significa que os gastos em saúde aumentaram em proporções maiores que as transferências, apesar dessas transferências terem apresentando padrão incremental ao longo dos anos estudados (Tabela 8).

Tabela 8 - Evolução das receitas de transferências destinadas ao SUS no município do Rio de Janeiro - 2002 a 2016

ANO	Transf. SUS (%)	R. Transf. SUS/ Hab (R\$)	Transf. da União para o MRJ		Transf. SUS / D. Total (%)
			Saúde (%)	SUS (%)	
2002	26,53	103,72	100,00	82,85	53,14
2003	26,67	110,02	100,00	83,81	49,25
2004	24,33	118,38	99,68	74,21	48,64
2005	12,83	58,52	82,75	46,68	30,09
2006	14,34	73,40	80,40	43,49	38,10
2007	23,58	139,53	99,06	65,00	51,95
2008	20,84	136,52	98,79	60,60	45,95
Varição % 2008 sobre 2002	-21,86	+ 31,62	- 1,21	- 26,86	- 13,53
2009	21,12	142,50	97,61	62,07	46,42
2010	20,58	164,80	97,89	55,45	43,46
2011	21,03	172,82	98,63	62,51	37,04
2012	21,70	205,56	95,78	59,78	35,29
2013	20,55	216,91	97,08	59,14	35,14
2014	19,76	221,63	96,46	54,21	34,11
2015	16,59	199,05	99,19	43,69	29,49
2016	16,94	226,08	97,95	44,63	29,12
Varição % 2016 sobre 2009	-19,79	+ 58,65	+ 0,35	- 28,10	- 37,27

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do RREO.

Outra consideração é que a insuficiência de recursos transferidos para a totalidade de equipes de ACS a partir de 2015, do Ministério da Saúde para o município por transferência fundo a fundo, foi diluída em meio ao total de recursos aplicados (principalmente, os recursos próprios) causando pouco impacto na suficiência de recursos para manutenção das equipes.

Tabela 9 - Evolução das despesas com saúde e recursos próprios em saúde do município do Rio de Janeiro - 2002 a 2016

Ano	D. R. Próprios (em valores correntes)	D. R. Próprios em Saúde/ Hab (R\$)	D. Total Saúde (em valores correntes)	D. Total/ Hab (R\$)
2002	542.999.777,89	91,46	1.158.804.622,13	195,18
2003	677.316.597,50	113,38	1.334.570.305,44	223,39
2004	753.394.378,87	125,34	1.462.821.076,61	243,36
2005	817.839.172,70	134,20	1.185.339.396,41	194,50
2006	815.049.538,02	132,82	1.182.414.910,57	192,68
2007	854.579.666,38	140,25	1.636.512.782,98	268,57
2008	1.046.580.650,34	169,87	1.830.456.570,90	297,10
Varição % 2008 sobre 2002	92,74%	85,73%	57,96%	52,22%
2009	1.158.277.554,75	187,22	1.899.125.254,24	306,97
2010	1.376.623.515,07	222,51	2.345.859.884,40	379,18
2011	1.843.337.687,71	290,02	2.965.554.162,96	466,58
2012	2.435.668.992,18	381,15	3.722.147.591,86	582,47
2013	2.394.213.237,49	372,35	3.969.485.884,31	617,35
2014	2.637.564.074,43	408,69	4.192.883.520,78	649,69
2015	2.806.447.382,73	433,32	4.371.156.476,00	674,91
2016	3.497.277.138,99	538,14	5.044.858.425,55	776,27
Varição % 2016 sobre 2009	200,56%	186,12%	159,62%	147,15%

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do SIOPS.

O período pré-expansão foi marcado pelo aumento importante da despesa total com saúde e da despesa com recursos próprios, tendo pico de crescimento nominal em 2007. Entretanto, o período pós-expansão apresentou desempenho muito mais expressivo, que dobrou os ganhos já apresentados no período precedente com saltos de ampliação de recursos na despesa total com saúde a partir de 2010 e de recursos próprios a partir de 2011. As despesas com saúde *per capita* aumentaram 3,9 vezes sobre si mesma observando a amplitude dos anos, de 2002 a 2016 (Tabela 9).

Segundo dados do RREO, a despesa executada liquidada da subfunção Atenção Básica teve ampliação (+ 522,63%), sem prejuízo ao financiamento de outras subfunções, o que representa a expansão exponencial da APS realizada. Após o início da expansão, a despesa total com saúde por habitante aumentou 1,5 vezes sobre si mesma e a despesa com recursos próprios (*per capita*) representou, em média, 64% da despesa total com saúde por habitante.

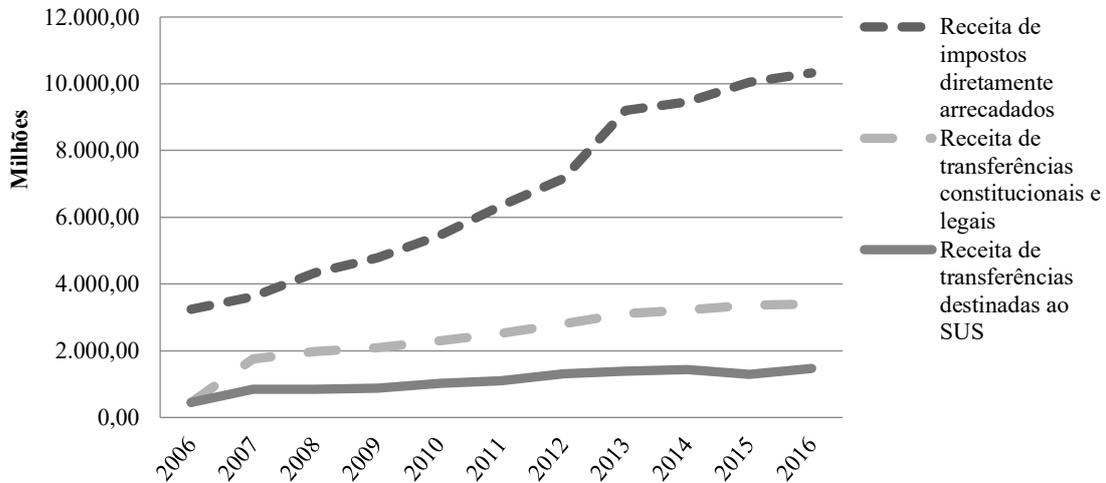
Tabela 10 - Composição da despesa total com saúde, em valores correntes, do município do Rio de Janeiro – 2002 a 2016

Ano	R. Transf. SUS	Var. nominal	Despesa R. Próprios em Saúde	Var. nominal
2002	615.804.844,24	-	542.999.777,89	-
2003	657.253.707,94	41.448.863,70	677.316.597,50	134.316.819,61
2004	711.569.199,05	54.315.491,11	753.394.378,87	76.077.781,37
2005	356.634.416,00	-	817.839.172,70	64.444.793,83
2006	450.459.128,03	354.934.783,05	815.049.538,02	(2.789.634,68)
2007	850.207.919,47	93.824.712,03	854.579.666,38	39.530.128,36
2008	841.122.214,98	399.748.791,44	1.046.580.650,34	192.000.983,96
Média	640.435.918,53	37.552.895,12	786.822.825,96	83.930.145,41
Var. nominal	225.317.370,74	-	243.823.048,07	-
Var %	36,59%	-	92,74%	-
2009	881.613.429,13	-	1.158.277.554,75	-
2010	1.019.561.590,87	137.948.161,74	1.376.623.515,07	218.345.960,32
2011	1.098.441.559,15	78.879.968,28	1.843.337.687,71	466.714.172,64
2012	1.313.592.101,66	215.150.542,51	2.435.668.992,18	592.331.304,47
2013	1.394.696.926,49	81.104.824,83	2.394.213.237,49	(41.455.754,69)
2014	1.430.346.792,11	35.649.865,62	2.637.564.074,43	243.350.836,94
2015	1.289.173.305,58	(141.173.486,53)	2.806.447.382,73	168.883.308,30
2016	1.469.245.630,89	180.072.325,31	3.497.277.138,99	690.829.756,26
Média	1.237.083.916,99	62.145.132,65	2.268.676.197,92	290.376.346,78
Var. nominal	587.632.201,76	-	2.338.999.584,24	-
Var %	66,65	-	201,94	-

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do SIOPS.

Evidencia-se o volume substancial de recursos despendidos com saúde no período pós-expansão da APS na cidade nas duas principais fontes de recursos do SUS. Os recursos de transferências destinadas ao SUS na pré-expansão eram, em média, R\$ 640,4 milhões nominais e passaram a valores médios de R\$ 1.237,0 milhões nominais na pós-expansão (Tabela 10).

Gráfico 4 - Evolução das fontes de financiamento do SUS da cidade do Rio de Janeiro de 2006 a 2016



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do RREO.

A literatura aponta que o financiamento essencial da ESF se dá por meio de recursos próprios e que a participação do governo federal no gasto em saúde tem sido decrescente, conquanto ainda seja a principal fonte de recursos (PORTELA; RIBEIRO, 2011; PIOLA, 2016). No caso do município do Rio de Janeiro, os resultados do estudo apontam que o financiamento essencial da APS ocorre através de recursos próprios e a participação do governo federal tem sido crescente e que a manutenção da expansão robusta da APS por meio da ESF apoia-se nos recursos próprios exigindo esforço financeiro considerável pela gestão municipal (Gráfico 4).

3.1.2 Análise da capacidade de financiamento da APS da cidade do Rio de Janeiro

A análise da estrutura de financiamento do município foi realizada através da aplicação dos cálculos utilizados por Pereira *et. al* (2006) sobre Despesa Potencial em Saúde *Per Capita* – DPSPC e Margem de Expansão do Gasto *Per Capita* – MEGPC. Após os resultados, procedeu-se à classificação do município conforme os critérios de sustentabilidade, especificados pelos mesmos autores, referentes aos períodos pré e pós-expansão: execução financeira, evolução da participação percentual de impostos diretamente arrecadados, cumprimento da EC 29 (devido e realizado) e evolução do Indicador EC 29 no período.

A execução financeira dos recursos foi verificada através da razão entre a dotação atualizada e o total das despesas executadas com saúde. Entende-se por dotação atualizada o limite de crédito constante na Lei de Orçamentária Anual mais os créditos adicionais abertos e/ou reabertos durante o exercício, menos as anulações correspondentes (RIO DE JANEIRO, 2017).

Ao debruçarmos sobre o padrão de execução financeira pela gestão municipal dos recursos do orçamento da saúde, o período pós-expansão da ESF teve execução financeira superior a 90% indicando boa execução do orçamento da saúde. Neste período, nota-se incrementos maiores nas despesas executadas com saúde a partir de 2010. No período pré-expansão houve predomínio de execuções razoáveis, de 70% a 90%. Os gastos com saúde foram em sua maioria crescentes, com anos de involução em 2006 e 2007 (Tabela 11).

Tabela 11 - Execução Financeira dos recursos recebidos para saúde do município do Rio de Janeiro - 2002 de 2016

Ano	Dotação atualizada (em milhares correntes)	Total das despesas com saúde executadas (em milhares correntes)	Execução financeira dos recursos (%)
2002	1.231.438	1.147.861	93,21
2003	1.499.345	1.334.570	89,01
2004	1.667.808	1.462.828	87,71
2005	1.732.176	1.310.383	75,65
2006	1.456.516	1.182.414	81,18
2007	1.849.436	1.723.256	93,17
2008	1.990.853	1.938.442	97,36
2009	2.150.727	2.023.730	94,09
2010	2.658.416	2.512.589	94,51
2011	3.249.257	3.087.068	95,00
2012	4.063.521	3.869.004	95,21
2013	4.305.773	3.969.485	92,19
2014	4.383.376	4.192.883	95,65
2015	4.639.487	4.371.156	94,22
2016	5.472.039	5.044.858	92,19

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do RREO.

O outro critério analisado foi evolução dos impostos diretamente arrecadados que mede a capacidade fiscal do município e grau de organização interna (Tabela 12). Considera-se que a condição de elevada arrecadação corrobora a sustentabilidade econômico-financeira, sendo

inversamente proporcional ao grau de dependência do ente às transferências correntes. Em outras palavras, a capacidade de arrecadação de impostos pelo município do Rio de Janeiro tem relação direta com maior possibilidade de manutenção da configuração dada ao sistema municipal de saúde.

Tabela 12 - Evolução da arrecadação direta de impostos e da receita total do município do Rio de Janeiro - 2002 a 2016

Exercício	Receita de impostos diretamente arrecadados (em milhares correntes)	Receita total do município (em milhares correntes)	Participação % de impostos na receita total	Var. % (ano a ano) impostos arrecadados	Var.% (ano a ano) receita total	Var. % IPCA no ano (ref. dez)
2002	1.999.779	6.336.107	31,56	-	-	12,53
2003	2.163.811	6.991.917	30,95	8,20	10,35	9,30
2004	2.448.463	7.822.511	31,30	13,16	11,88	7,60
2005	2.732.687	7.821.735	34,94	11,61	-0,01	5,69
2006	2.986.692	8.703.727	34,32	9,30	11,28	3,14
2007	3.352.654	9.647.096	34,75	12,25	10,84	4,46
2008	4.326.983	11.151.377	38,80	29,06	15,59	5,90
Média	2.858.724	8.353.496	-	-	-	-
Var. %	116,37%	76,00%	22,94	-	-	-
Var. Nominal (2002-2008)	2.327.204	4.815.270	-	-	-	-
2009	4.775.958	11.667.181	40,93	10,38	4,63	4,31
2010	5.443.300	15.243.212	35,71	13,97	30,65	5,91
2011	6.334.169	18.723.101	33,83	16,37	22,83	6,50
2012	7.155.596	20.850.692	34,32	12,97	11,36	5,84
2013	7.971.203	21.817.332	36,54	11,40	4,64	5,91
2014	8.746.643	24.531.736	35,65	9,73	12,44	6,41
2015	9.182.165	27.292.597	33,64	4,98	11,25	10,67
2016	9.437.000	28.879.203	32,68	2,78	5,81	6,29
Média	7.380.754	21.125.632	-	-	-	-
Var. %	97,59	147,53	(20,16)	-	-	-
Var. Nominal (2009-2017)	4.661.042	17.212.022	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do Relatório de Prestação de Contas da CGMRJ e IBGE.

Quando avaliada a evolução da arrecadação direta de impostos por período, os anos que antecederam a expansão da APS na cidade assumiram, em média, os maiores crescimentos em valores nominais, em que pese o excelente desempenho de 2008 e crescimentos menos expressivos a partir de 2015. O período pré-expansão teve crescimento nominal médio na arrecadação de impostos de 13,93% contra 9,15% no período pós-expansão. Conforme classificação adotada neste estudo, o período pré-expansão teve predomínio de evolução positiva da arrecadação cabendo destaque especial ao ano de 2008 (+29,06%), enquanto o

período pós-expansão teve, em média, evolução conservadora (entre 0% e 10%). Neste último, constatou-se um padrão de evolução com tendência decrescente de desempenho, tendo iniciado os primeiros 5 anos com evolução positiva, passando os três anos seguintes com perfil conservador de evolução (Tabela 12).

A receita total do município apresentou crescimento acima da inflação em 11 dos 15 anos avaliados, a citar os anos de 2005, 2013 e 2016 que apresentaram desempenho inferior ao índice oficial da inflação acumulado no ano. Destaque para os anos 2010 e 2011, que apresentaram aumento substancial da receita total municipal com variação percentual ano a ano de 30,65% e 22,83%, respectivamente. O aumento em 2010 foi atribuído pela gestão municipal, principalmente, à operação de empréstimo com o Banco Mundial (BIRD) que teve como justificativa a renegociação da dívida pública municipal. Sobre o ano de 2011, a gestão creditou o maior peso do bom desempenho tributário à implantação da Nota Carioca - nota fiscal eletrônica para recolhimento do ISS -, que teria garantido acréscimos de receita, segundo informações do Relatório de Transparência Fiscal dos exercícios de 2010 e 2011 da Secretaria Municipal de Fazenda.

Os Indicadores “Cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000 (realizado e diferença em relação ao devido)” e “Evolução do Indicador EC 29” foram consolidados na Tabela 13 e apontam o esforço realizado pelo governo municipal na aplicação de recursos próprios em saúde, e encerram em si informações relevantes sobre a situação fiscal e financeira do ente (Pereira *et. al.*, 2006).

Constatou-se que o município do Rio de Janeiro cumpriu a regra do limite mínimo constitucional de 15% da receita própria em ações e serviços públicos de saúde em todos os anos estudados, sendo a classificação positiva para ambos os períodos.

Quanto à evolução do “Indicador EC 29”, ressalta-se que os percentuais devidos nos anos de 2002 a 2004 são, respectivamente, 10,2%, 11,8% e 15%, de acordo com os percentuais progressivos de vinculação da receita segundo a EC 29.

Tabela 13 - Classificação da evolução e cumprimento do Indicador EC 29 do município do Rio de Janeiro - 2002 a 2016

Ano	Aplicação EC 29 (realizado)	Var. Dif. EC 29 (dif. em relação ao devido)	Var. % em relação ao devido do Indicador EC 29	Situação da evolução	Cumprimento da EC 29
2002	15,15	4,95	33,00	estável	positivo
2003	17,72	5,92	39,47	positiva	positivo
2004	17,05	2,05	13,67	estável	positivo
2005	16,99	1,99	13,27	estável	positivo
2006	15,73	0,73	4,87	estável	positivo
2007	15,08	0,08	0,53	estável	positivo
2008	15,73	0,73	4,87	estável	positivo
2009	16,07	1,07	7,13	estável	positivo
2010	16,91	1,91	12,73	estável	positivo
2011	19,69	4,69	31,27	positiva	positivo
2012	23,25	8,25	55,00	positiva	positivo
2013	19,43	4,43	29,53	positiva	positivo
2014	20,81	5,81	38,73	positiva	positivo
2015	20,93	5,93	39,53	positiva	positivo
2016	25,48	10,48	69,87	positiva	positivo

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do SIOPS.

*Os percentuais devidos nos anos de 2002 a 2004 são, respectivamente, 10,2%, 11,8% e 15%, de acordo com os percentuais progressivos de vinculação da receita segundo a EC 29.

O período pré-expansão caracterizou-se por evolução estável do Indicador EC 29/00, enquanto o período pós-expansão apresentou situação de evolução positiva, com proporções muito expressivas de ampliação em relação ao devido a partir de 2011. Este resultado aponta esforço muito significativo do governo municipal para aplicação de recursos próprios em saúde.

Tabela 14 - Categorias de análise segundo medidas de dispersão por período

Ano	Período pré-expansão			Período pós-expansão		
	Média (%)	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	Média (%)	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação
Execução financeira dos recursos (%)	88,18	6,98	7,92%	93,32	2,58	2,76
Evolução dos impostos diretamente arrecadados (%)	13,93	6,98	50,08%	9,16	5,18	56,62
Evolução do Indicador EC 29 (%)	15,67	12,20	77,85	39,47	21,38	54,16

Fonte: Elaborado pelo autor.

A categoria de análise da capacidade de financiamento “Execução financeira” apresenta-se mais homogênea e com baixa variabilidade no período pós-expansão. A segunda

categoria “Evolução dos impostos diretamente arrecadados” apresentou melhor média no período pré-expansão, tendo variabilidades semelhantes entre os períodos com baixa variação de erro e expressiva dispersão em torno da média. Já a categoria “Evolução do Indicador EC 29” teve maior média no período pós-expansão, e apresentou dados heterogêneos em ambos os períodos com variação expressiva em torno da média.

Na análise da sustentabilidade econômico financeira da APS da cidade do Rio de Janeiro aqui empenhada, realizou-se interpretação conjunta dos dois indicadores propostos por Pereira *et. al.* (2006). O indicador “Despesa Potencial em Saúde *per capita* (DPSPC)” considera o limite constitucional mínimo de 15% definido pela EC 29 para o cálculo da receita a ser aplicada em saúde, enquanto o indicador “Margem de Expansão do Gasto *per capita* (MEGPC)” é impactado pelo primeiro ao estabelecer comparação entre a despesa atual com saúde (liquidada) e a despesa potencial em saúde *per capita*.

Neste estudo, quando aplicação elevada de recursos próprios em saúde associa-se a eficiência da gestão pública com boa organização interna para captação de recursos transferidos e diretamente arrecadados, temos a condição considerada de elevada sustentabilidade econômico-financeira do novo arranjo do sistema municipal de saúde, com maior possibilidade de resistir às instabilidades políticas e de transição de governo.

Tabela 15 - Variação dos indicadores “DPSPC” e “MEGPC” segundo aplicação % da EC 29 (devido) do município do Rio de Janeiro - 2002 a 2008

Indicadores de sustentabilidade econômico-financeira	PERÍODO PRÉ-EXPANSÃO						
	Aplicação mínima de 15% da receita vinculável (devido)						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Despesa potencial em saúde per capita (reais correntes)	165,28	185,52	228,65	176,99	200,08	279,07	298,47
Margem de expansão do gasto per capita (reais correntes)	-29,90	-37,87	-14,71	-17,51	7,40	10,50	1,37

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do SIOPS.

*Os percentuais devidos nos anos de 2002 a 2004 são, respectivamente, 10,2%, 11,8% e 15%, de acordo com os percentuais progressivos de vinculação da receita segundo a EC 29.

Ao analisar o indicador “MEGPC” na Tabela 15, observa-se que mesmo em um contexto de aplicação do mínimo constitucional devido ao setor saúde, a despesa total com saúde por habitante superaria a porcentagem mínima da regra.

Tabela 16 - Variação dos indicadores “DPSPC” e “MEGPC” segundo aplicação % da EC 29 realizada do município do Rio de Janeiro - 2002 a 2008

PERÍODO PRÉ-EXPANSÃO							
Indicadores de sustentabilidade econômico-financeira	Aplicação % da receita vinculável realizada						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Despesa potencial em saúde per capita (reais correntes)	195,15	223,40	243,72	192,71	206,25	279,81	306,35
Margem de expansão do gasto per capita (reais correntes)	-0,03	0,01	0,36	-1,79	13,57	11,54	9,25

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do SIOPS.

*Os percentuais devidos nos anos de 2002 a 2004 são, respectivamente, 10,2%, 11,8% e 15%, de acordo com os percentuais de vinculação da receita segundo a EC 29.

Estudando o desempenho do período pré-expansão de acordo com o percentual aplicado com ASPS (realizado pelo município), o indicador pouco varia em torno da margem nula, o que quer dizer que houve mais ou menos consonância entre o potencial de gastos e a despesa realizada neste período (Tabela 16).

Tabela 17 - Variação dos indicadores “DPSPC” e “MEGPC” segundo aplicação % da EC 29 (devido) do município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016

PERÍODO PÓS-EXPANSÃO								
Indicadores de sustentabilidade econômico-financeira	Aplicação de 15% da receita vinculável (devido)							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Despesa potencial em saúde <i>per capita</i> (reais correntes)	317,26	362,17	393,76	451,44	504,44	516,23	509,62	542,84
Margem de expansão do gasto <i>per capita</i> (reais correntes)	10,29	-17,01	-72,82	-131,03	-112,91	-133,46	-165,29	-233,43

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do SIOPS.

A Tabela 17 evidencia médias muito negativas do indicador “MEGPC”, na ordem das centenas, o que demonstra necessidade de aplicação de recursos em saúde para muito além do percentual mínimo de 15% definido pela EC 29 para custeio do novo arranjo organizacional da APS da cidade.

Tabela 18 - Variação dos indicadores “DPSPC” e “MEGPC” segundo aplicação % da EC 29 realizada do município do Rio de Janeiro - 2009 a 2016

Indicadores de sustentabilidade econômico-financeira	Aplicação (%) da receita vinculável realizada							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Despesa potencial em saúde <i>per capita</i> (reais correntes)	329,73	376,64	462,85	586,67	589,35	630,34	632,40	764,14
Margem de expansão do gasto <i>per capita</i> (reais correntes)	22,76	-2,54	-3,73	4,20	-28,00	-19,35	-42,51	-12,13

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do SIOPS.

Olhando para a evolução do indicador “DPSPC” através da diferença entre anos extremos dos períodos, constata-se que as melhores evoluções são dos anos do período posterior à expansão da ESF, que apresentaram maior potencial com ações e serviços de saúde.

Em ambos os períodos e nas duas formas de aplicação do indicador “MEGPC” houve incremento na despesa potencial em saúde *per capita* relacionado ao aumento, em valores nominais, da receita própria municipal, que é considerada no cálculo do indicador através dos valores apurados do indicador “DPSPC”.

O indicador “MEGPC”, que compara o gasto atual com saúde com o resultado do indicador “DPSPC” pode ser lido de duas formas, segundo Pereira *et. al.* (2006). No primeiro modo de ler, municípios com menor margem de gastos são mais bem posicionados porque já gastariam com saúde além de sua despesa potencial, indicando esforço por parte da gestão municipal. Assim sendo, o município do Rio de Janeiro apresentou melhor desempenho no período pós-expansão nas duas formas de aplicação do indicador, considerando 15% da receita vinculável (devido) e considerando o percentual da receita vinculável realizada pelo município.

A segunda forma de leitura do indicador é o inverso da primeira, municípios mais bem posicionados apresentam maior margem de gastos porque poderão incorporar novos investimentos, tendo maior possibilidade de ampliação de recursos para custeio dos serviços já ofertados e aumento da cobertura por eSF. Deste modo, o município do Rio de Janeiro apresentou melhor desempenho no período pré-expansão nas duas formas de aplicação.

O indicador “MEGPC” de acordo com a aplicação percentual realizada pelo ente da receita vinculável à saúde no período posterior ao início da expansão da APS é apresentada pela Tabela 18. Os resultados remetem a elevado comprometimento com o setor saúde corroborado pela elevada despesa potencial em saúde, efeito direto do percentual aplicado dos recursos próprios em saúde bem acima do limite mínimo constitucional da EC 29/00 associado ao aumento substancial da receita vinculada à saúde. O indicador aponta para elevado potencial de

sustentabilidade econômico-financeira do novo arranjo da APS na cidade do Rio de Janeiro, se mantido o nível de comprometimento com o setor saúde e o bom desempenho na arrecadação direta de impostos.

Assim como Pereira *et. al.*(2006), considera-se nesta dissertação que o maior gasto em saúde favorece a sustentabilidade dos programas e, sendo assim, a primeira forma de leitura do indicador “MEGPC” proposta pelos autores alicerçou as considerações finais desta análise.

Tabela 19 - Variação percentual ano a ano da despesa potencial de saúde *per capita* e despesa atual com saúde *per capita* do município do Rio de Janeiro - 2003 a 2016

Ano	Variação % do Indicador "DPSPC"	Variação % do Indicador "DAPC"
2003	14,45	14,48
2004	8,94	9,10
2005	-20,08	-20,93
2006	-0,94	7,03
2007	39,39	35,67
2008	10,62	9,49
2009	3,32	7,63
2010	23,52	14,23
2011	23,05	22,89
2012	24,84	26,75
2013	5,99	0,46
2014	5,24	6,96
2015	3,88	0,33
2016	15,02	20,83

Fonte: Elaborado pelo autor, segundo Pereira *et. al.* (2006) com base em dados do SIOPS

A evolução incremental da despesa potencial em saúde *per capita* e a despesa atual com saúde *per capita* de 2002 a 2016 foi verificada por meio da variação percentual ano a ano do Indicador “DPSPC” no período pós-expansão considerando o percentual aplicado da EC 29 (realizado) e do indicador 2.1 do SIOPS “Despesa total com saúde por habitante”, tendo sido possível constatar um crescimento bastante congruente entre os indicadores refletindo equivalência razoável entre o potencial de despesa com saúde e a despesa executada, resultado que corrobora um bom prognóstico de suficiência de recursos para a saúde, se mantido percentual de aplicação da receita vinculável à saúde (Tabela 19).

Verifica-se que a sustentabilidade econômico-financeira da reforma do setor saúde tem relação direta com a manutenção da aplicação de níveis muito elevados dos percentuais de

receita vinculável à saúde segundo EC 29 (comprometimento com o setor saúde), bem como a manutenção do bom desempenho na captação de recursos próprios e transferidos. Sendo assim, a sustentabilidade econômico-financeira pode ser afetada pela descontinuidade administrativa na gestão.

De acordo com os resultados encontrados sobre a evolução das receitas e gastos totais e com saúde e a análise da capacidade de financiamento proposta por Pereira *et. al* (2006), conclui-se que a ampliação robusta da capacidade instalada e de equipamentos de saúde da expansão da APS na cidade do Rio de Janeiro deu-se às expensas de receitas de capital por influência direta da realização dos grandes eventos mundiais na cidade, e que há suficiência de recursos para custeio da operacionalização do novo arranjo configurado da APS, entretanto, a permanência dos recursos é sensível a mudanças de conjuntura e governo.

3.2 O PADRÃO DE DESENVOLVIMENTO DA PROVISÃO DE SERVIÇOS E EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REFORMA DA APS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

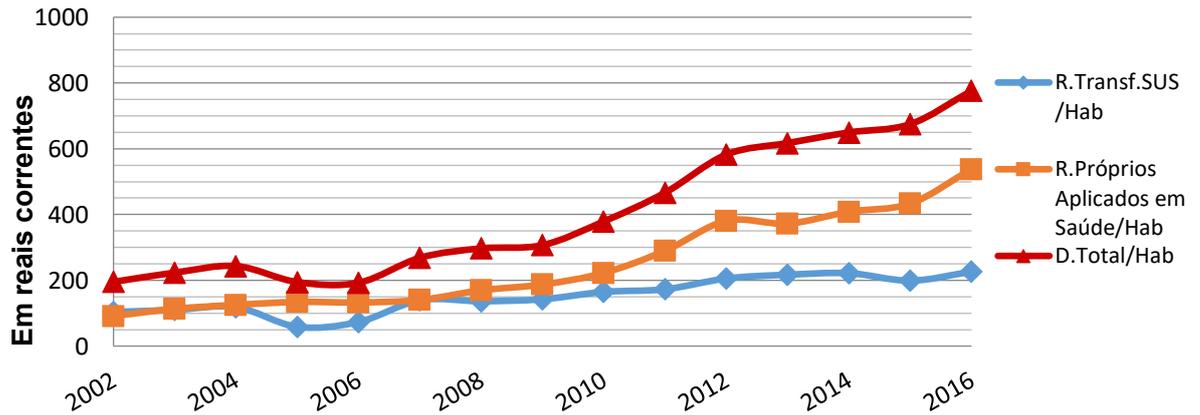
Nessa parte da dissertação serão apresentados dados entre 2002 e 2016 referentes ao padrão de desenvolvimento da cobertura da ESF, do padrão de implantação das equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde, bem como as análises dos indicadores de provisão de serviços apresentada por Habicht *et. al.* (1999).

O aumento substantivo dos gastos em saúde por habitante *pari passu* ao aumento igualmente substancial da despesa com recursos próprios em saúde por habitante aponta centralidade do setor saúde na agenda municipal a partir do ano de 2010. O padrão vultoso de crescimento dos recursos aplicados na saúde não foi acompanhado pelos recursos transferidos de outros entes federativos para a saúde (SUS) do município do Rio de Janeiro, o que ratifica o empenho financeiro dispendido pela gestão municipal para tal expansão (Gráfico 5).

Neste ponto do estudo cabe reflexão sobre eventos de massa e movimentos preparatórios significativos que coincidiram no tempo e espaço com a mudança do padrão de desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde na cidade, que convergiram para ampliação da cobertura populacional por equipes de Saúde da Família.

Gráfico 5 - Despesa total em saúde *per capita* e suas principais fontes de

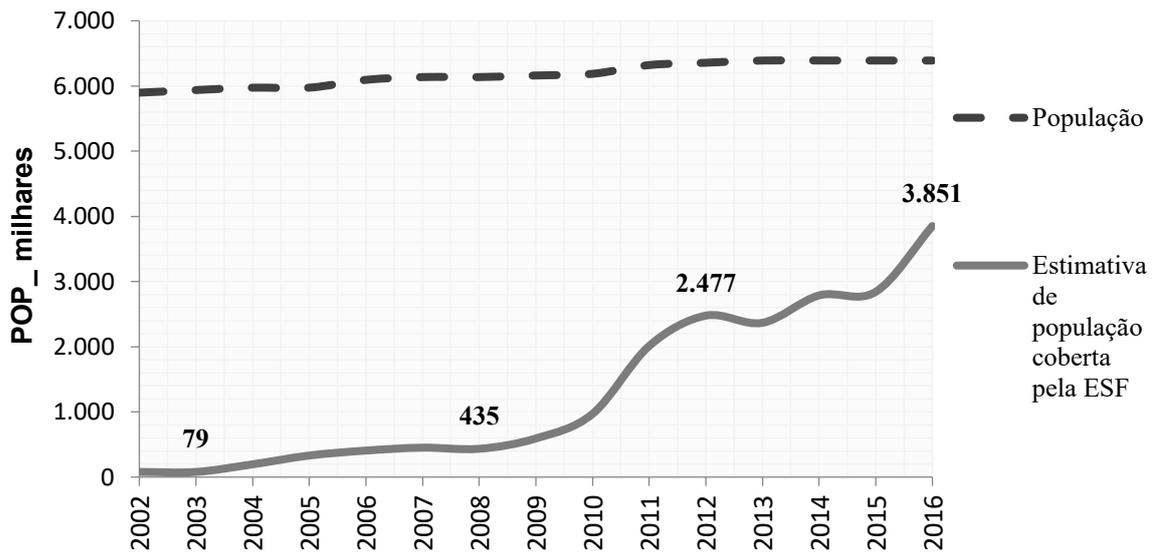
financiamento da cidade do Rio de Janeiro de 2002 a 2016



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do SIOPS.

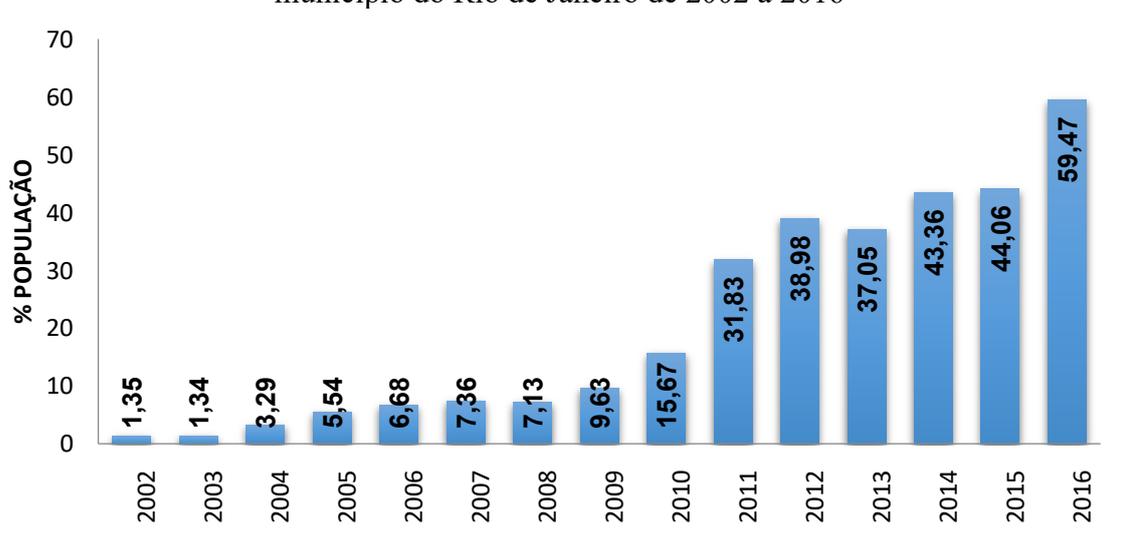
A evolução da cobertura populacional estimada da ESF no município apresentou padrão de crescimento substancial a partir de 2009, tendo ampliado a estimativa de população coberta por equipes de Saúde da Família em 8,8 vezes em análise comparativa entre o último ano dos períodos pré e pós-expansão, 2008 e 2016, respectivamente. Deve-se destaque a dois maiores picos de crescimento da cobertura nos anos de 2012 e 2016, tendo início da elevação a partir de 2010 (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Estimativa de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro de 2002 a 2016



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do MS/SAS/DAB e IBGE.

Gráfico 7 – Proporção (%) de cobertura populacional estimada por eSF no município do Rio de Janeiro de 2002 a 2016



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do MS/SAS/DAB e IBGE.

Os dados são oriundos do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), que calcula o padrão da média de pessoas acompanhadas por equipes de Saúde da Família (eSF) considerando 3.450 pessoas por equipe. Identifica-se mudança no padrão de crescimento da cobertura da ESF na cidade cuja ascensão mais evidente ocorreu no ano de 2011, quando o governo municipal passou a imprimir ritmo de crescimento exponencial à cobertura (Gráfico 7).

3.2.1 Efeitos da reforma da APS sobre o padrão de provisão de equipes de saúde

Para apresentação do padrão de provisão de equipes de saúde na APS da cidade do Rio de Janeiro é importante conceituar alguns termos que serão utilizados adiante na descrição da evolução do número de ACS, eSB e eSF. De acordo com a Nota Técnica do DAB sobre origem dos dados, deve-se entender por “credenciadas” o número de ACS ou equipes de saúde definidos em proposta apresentada pelo gestor municipal, e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB, posteriormente publicada no Diário Oficial da União. A designação “cadastradas” diz respeito ao número de ACS ou equipes de saúde cadastrados pelo gestor municipal no sistema de cadastro definido pelo Ministério da Saúde para esse fim. Enquanto o termo “implantados” refere-se ao número de ACS ou equipes de saúde aptos para o município receber incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde, na competência selecionada, isto é, equipes de saúde pagas. Portanto, o número de ACS ou equipes de saúde para o qual o município receberá o incentivo financeiro federal corresponde ao número de ACS ou equipes cadastradas no sistema e que esteja em conformidade com o credenciamento pelo Ministério da Saúde. Além disso, a Secretaria de Atenção à Saúde do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/SAS) realiza crítica, em âmbito nacional relativa à duplicidade de profissional nas equipes.

A partir do ano de 2015 o Ministério da Saúde passou a não transferir recursos fundo a fundo para a totalidade de ACS. A análise do impacto dessa redução na análise da sustentabilidade econômico-financeira verificou que essa redução dos recursos foi diluída em meio ao volume significativo de recursos próprios aplicados em saúde, não causando impacto na manutenção do quantitativo de equipes. Este atraso de repasses financeiros ao município, entretanto, impacta a análise do padrão de provisão de equipes de saúde ao configurar discrepância entre o número de equipes existentes e ativas (cadastradas) e o número de equipes pagas pelo Ministério da saúde (implantadas). Nesta dissertação, portanto, considerou-se o número de equipes de saúde/ACS cadastrados no sistema em todas as análises do padrão de provisão de equipes de saúde. Devido a ausência de alguns dados até 2006, optou-se por analisar o padrão de provisão de equipes a partir de 2007.

Tabela 20 - Processo de implantação de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro - 2007 a 2016

Ano	População	Teto	Credenciados MS	Cadastrados no Sistema	Implantados	Estimativa de população coberta por ACS	Cobertura populacional estimada de ACS %
2007	6.136.652	15.342	3.948	1.407	1.400	490.475	7,99
2008	6.136.652	15.342	3.948	1.670	1.649	404.225	6,63
2009	6.161.047	15.403	3.948	1.725	1.725	576.150	9,35
2010	6.186.710	15.467	3.948	2.314	2.308	918.850	14,85
2011	6.320.446	15.801	3.948	3.807	3.807	1.946.375	30,79
2012	6.355.949	15.890	5.500	4.830	4.824	2.585.200	40,67
2013	6.390.290	15.976	5.500	4.787	4.767	2.362.100	36,96
2014	6.429.923	15.976	5.500	5.068	5.062	2.813.475	43,76
2015	6.453.682	15.976	5.500	5.270	5.089	2.944.575	45,63
2016	6.476.631	15.976	5.500	6.385	5.099	3.605.825	55,67

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do MS/SAS/DAB e IBGE.

Em análise do padrão de evolução da cobertura populacional estimada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no município, observa-se que em 2008 - o último ano que antecedeu o início da expansão da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro - 404.225 habitantes eram cobertos por 1.670 ACS vinculados à eSF, o que representa cobertura populacional estimada de 6,63% da população. Em 2016, a estimativa de população coberta por ACS passou a ser 55,67%, o que representa um crescimento médio importante de 892% na cobertura (Tabela 20).

Entre os anos de 2008 e 2016, a proporção de cobertura pela Estratégia Saúde da Família evoluiu de 7,13% para 62,63%, um crescimento muito expressivo (+ 55,50). Esse crescimento de cobertura média indica priorização da atenção primária à saúde na agenda municipal. Ratificando a análise sobre os efeitos dos eventos de massa internacionais sobre o setor saúde da cidade, o ano com maior variação percentual de crescimento de equipes de Saúde da Família foi 2011, com +16,13 pontos percentuais, o que representou 103% de aumento efetivo na cobertura em relação ao ano anterior. O outro pico de crescimento da cobertura populacional média por eSF ocorreu em 2016, que apresentou +15,41 pontos percentuais que significaram 35% de aumento de cobertura (Tabela 21).

Tabela 21 - Implantação, credenciamento e cobertura de Equipes de Saúde da Família da cidade do Rio de Janeiro - 2007 a 2016

Período	População	Teto	Credenciadas MS	Cadastradas	Implantadas	N.º ESF	Estimativa população Coberta	Cobertura populacional estimada ESF (%)
2007	6.136.652	2.557	631	132	131	146	503.700	8,21%
2008	6.136.652	2.557	631	132	128	126	434.700	7,13%
2009	6.161.047	2.567	631	165	165	172	593.400	9,63%
2010	6.186.710	2.578	631	267	266	281	969.450	15,67%
2011	6.320.446	2.634	631	506	506	585	2.011.868	31,83%
2012	6.355.949	2.648	971	735	734	753	2.477.273	38,98%
2013	6.390.290	3.195	971	733	730	720	2.367.390	37,05%
2014	6.390.290	3.195	971	832	831	832	2.787.945	43,36%
2015	6.390.290	3.195	971	855	855	855	2.843.318	44,06%
2016	6.390.290	3.195	971	1.127	958	1186	3.851.408	59,47%

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do MS/SAS/DAB e IBGE.

Apenas em 2016 é que houve discrepância maior entre o número de equipes ativas (cadastradas) em relação às pagas (implantadas) ao município pelo Ministério da Saúde. Nos demais anos foi possível constatar a regularização do repasse fundo a fundo entre a União e o município para manutenção da Estratégia Saúde da Família.

Tabela 22 - Totalidade de equipes de Saúde da Família segundo o tipo de equipe do município do Rio de Janeiro - 2007 a 2016

ANO	ESFTRANS	ESFTRANS SB M1	ESFTRANS SB M2	ESF	ESFSB M1	ESFSB M2	ESF3	ESF4	ESF4SBM1	ESF4SBM2	TOTAL com e sem Saúde Bucal
2007	0	0	0	82	49	18	0	0	0	0	149
2008	0	0	0	35	69	22	0	0	0	0	126
2009	0	0	0	51	102	23	0	0	0	0	176
2010	0	0	0	105	130	58	0	0	0	0	293
2011	0	0	0	178	190	178	2	39	0	0	587
2012	0	0	0	255	165	171	0	92	9	20	712
2013	18	6	2	251	137	151	0	121	14	21	721
2014	18	3	2	392	148	173	0	69	13	16	834
2015	10	1	2	368	127	176	0	120	27	24	855
2016	62	9	6	517	161	174	0	176	50	34	1189

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do CNES.

Há divergência de 5 equipes entre o total de equipes de Saúde da Família informados pelo DAB/MS e pelo CNES, entretanto, essa diferença é diluída na análise sobre o perfil do tipo de eSF predominante na cidade devido ao quantitativo bem demarcado no número de cada tipo de equipe (Tabela 22).

Segundo dados do CNES, 47,34% das eSF do município do Rio de Janeiro são ESF tipo 1, que abrangem uma população adscrita de 2.500 a 4.000 pessoas e a equipe é composta por: 2 médicos da Estratégia ou generalistas com carga horária semanal (CHS) de 30h para cada profissional; 1 enfermeiro da Estratégia com CHS de 40h; 1 auxiliar ou técnico de enfermagem da Estratégia com CHS de 40h; e 12 ACS com CHS de 40h.

Do segundo ao quarto tipo de equipe há relativa equivalência de proporção de equipes, variando entre 15% e 11%. O segundo tipo de equipe com maior proporção é ESF tipo 1 com SB Modalidade I, que abrange 15,75% das eSF da cidade, e contém todas as características da ESF tipo 1 acrescentando apenas 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de saúde bucal com CHS de 40 h cada. O terceiro tipo está presente em 14,71% das equipes sendo ESF tipo 4, que tem as mesmas características da ESF tipo I diferenciando-se apenas pela presença de 2 médicos da Estratégia ou generalistas com CHS de 20h cada profissional. O quarto tipo mais predominante em proporção engloba 11,81% das equipes, sendo ESF tipo 1 com SB Modalidade II composto de modo idêntico ao ESF tipo 1 somando-se a presença de 1 cirurgião-dentista, 1 técnico de saúde bucal e 1 auxiliar de saúde bucal, todos com CHS de 40h. Os demais tipos de eSF apresentados (Tabela 22) conformam a totalidade das equipes de modo residual.

A análise do perfil de equipe de Saúde da Família predominante destacou a participação da Saúde Bucal na reforma do setor saúde da cidade do Rio de Janeiro e, por conseguinte, merece descrição e análise. A investigação considerou o ano de 2007 em diante, devido à ausência de informações nos anos anteriores.

A Saúde Bucal partiu de cobertura populacional estimada em 3,77% em 2007 e 5,15% em 2008, segundo dados do CNES, para 23,70% em 2016.. No período de expansão da ESF na cidade houve aumento considerável do número de eSB, porém, sem o mesmo ritmo de crescimento dos ACS e eSF. Mais uma vez o ano de 2011 surge como um ano de crescimento impactante na cobertura tendo +9,54 pontos percentuais de aumento, que representam 88% de ampliação da cobertura em relação ao ano anterior (Tabela 23).

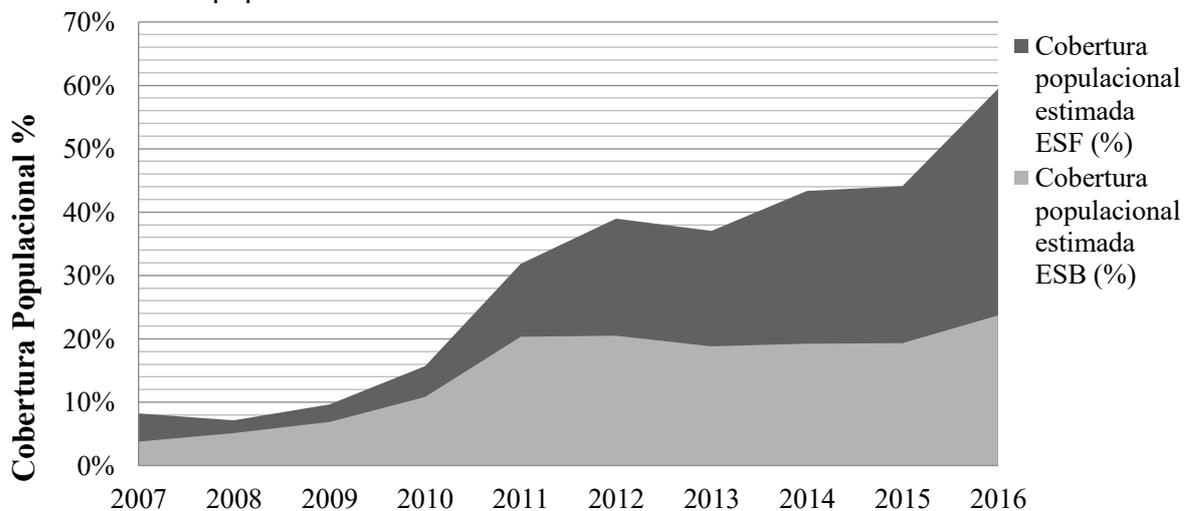
Tabela 23 - Número de Equipes de Saúde Bucal e estimativa de cobertura da cidade do Rio de Janeiro - 2007 a 2016

Ano	População	N.º eSB	Diferença ano a ano do N.º de eSB	Estimativa de população coberta eSB	Cobertura estimada eSB (%)
2007	6.136.652	67	-	231.150	3,77%
2008	6.136.652	91	+24	313.950	5,15%
2009	6.161.047	123	+32	424.350	6,89%
2010	6.186.710	194	+71	669.300	10,82%
2011	6.320.446	373	+179	1.286.850	20,36%
2012	6.355.949	378	+5	1.304.100	20,52%
2013	6.390.290	349	-29	1.204.050	18,84%
2014	6.390.290	358	+9	1.235.100	19,21%
2015	6.390.290	361	+3	1.245.450	19,30%
2016	6.390.290	445	+84	1.535.250	23,70%

Fonte: Elaboração própria. MS/SAS/DAB e IBGE.

As iniciativas governamentais de Saúde Bucal e Saúde da Família apresentaram início da elevação a partir de 2010, com pico de crescimento em 2011, o que coincide no tempo e espaço com os movimentos preparatórios para os eventos internacionais.

Gráfico 8 - Evolução da cobertura populacional de equipes de Saúde da Família e equipes de Saúde Bucal da cidade do Rio de Janeiro de 2007 a 2016

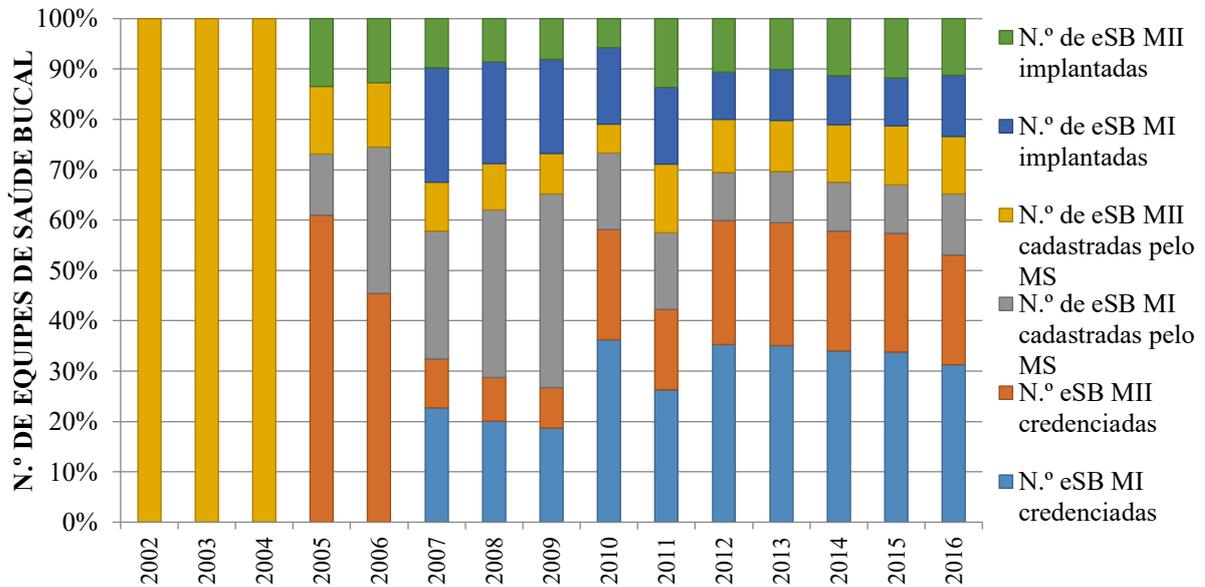


Fonte: Elaboração própria. MS/SAS/DAB e IBGE.

Como evidenciado no Gráfico 9, do ponto de vista da evolução do número de eSB houveram anos de involução com contração do número de equipes, como o anos de 2013 (-1,68). O padrão de provisão de equipes de Saúde Bucal no desenvolvimento da APS do

município adotou tendência de crescimento exponencial entre 2010 e 2011, e elevou ligeiramente a expansão inicialmente realizada até o ano de 2016.

Gráfico 9 - Evolução do processo de implantação de equipes de saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro de 2002 a 2016



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do MS/SAS/DAB e IBGE.

Durante o processo de implantação das eSB, identifica-se que entre os anos de 2005 e 2006 havia pouca transferência de recursos fundo a fundo entre a União e o município, isto é, menos da metade das eSB ativas eram pagas pelo MS. De 2007 a 2010, eSB Modalidade I passam a ter participação na totalidade de equipes, porém, ainda havia discrepância entre o número de equipes ativas (cadastradas) e equipes pagas (implantadas) pelo MS. A partir de 2011 é possível observar proporcionalidade tanto entre eSB Modalidades I e II, quanto entre equipes cadastradas e implantadas.

O detalhamento da evolução mensal do número total de ACS, eSF e eSB (cadastrados) da APS do município do Rio de Janeiro no período compreendido entre 2008 e 2016 encontra-se no Anexo desta dissertação.

As ampliações do número de equipes de saúde da APS da cidade do Rio de Janeiro indicam, sem dúvida, o aumento exponencial sem precedentes da cobertura populacional por equipes de ACS, Saúde da Família e Saúde Bucal.

3.2.2 Efeitos da reforma da APS sobre a capacidade instalada e provisão de serviços de saúde

A fim de analisar os efeitos da reforma da APS sobre o padrão de provisão de serviços de saúde, utilizaram-se indicadores de provisão conforme propõe Habicht *et. al.* (1999) citados por Silva (2012, p. 26) que definem cobertura como a proporção da população-alvo alcançada pelo programa ou política. Entendem provisão como sendo o número de estabelecimentos disponíveis para uma dada população, resultado de uma intervenção, programa ou política. E, por fim, trazem a noção de utilização como o número de atendimentos atribuído ao programa de dada população-alvo. Assim sendo, as análises que se seguem utilizam tais definições. Importa também esclarecer que o mês de dezembro foi utilizado como referência nessas análises e alguns poucos anos apresentaram-se com informações indisponíveis na base de dados e foram devidamente assinalados.

Esta dissertação propôs-se à análise da rede assistencial através da aplicação do indicador de provisão proposto por Habicht *et. al.* (1999) sobre disponibilidade de equipamentos e unidades de Saúde por tipologia. Devido ausência de dados de domínio público sobre o quantitativo de unidades de saúde por tipos A, B e C no município do Rio de Janeiro, este indicador foi analisado apenas considerando a disponibilidade de equipamentos de saúde.

Os dados sobre disponibilidade de equipamentos foram coletados no CNES, que apresenta o quantitativo de recursos físicos instalados nos estabelecimentos de saúde, e considera como recursos físicos as instalações para atendimento, tais como salas, consultórios, leitos e equipamentos (BRASIL, 2016). Foram escolhidos três equipamentos para exame com maior detalhe a fim de averiguar o padrão de evolução da capacidade instalada da rede assistencial da APS e seus efeitos sobre a provisão de serviços de saúde da cidade do Rio de Janeiro. A análise da disponibilidade de equipamentos deu-se através da aplicação do indicador de provisão proposto por Habicht *et. al.* (1999) por meio do indicador “Disponibilidade de equipamentos de saúde no SUS para cada dez mil habitantes cobertos pela ESF”.

Tabela 24 - Evolução da capacidade instalada de equipamentos de saúde disponíveis no SUS do município do Rio de Janeiro e do Brasil - 2008 a 2016.

Ano	N.º de ultrassom convencional			N.º de RX de 100 a 500 MA			N.º de equipamentos odontológicos completos		
	MRJ	Diferença ano a ano - MRJ	BRASIL	MRJ	Diferença ano a ano - MRJ	BRASIL	MRJ	Diferença ano a ano - MRJ	BRASIL
2008	20	+8	2.557	113	+8	4.481	219	+33	32.782
2009	25	+5	3.104	114	+1	4.625	229	+10	33.831
2010	40	+15	3.484	123	+9	4.765	265	+36	35.010
2011	80	+40	3.828	127	+4	4.813	283	+18	35.943
2012	100	+20	4.070	149	+22	4.919	297	+14	36.893
2013	101	+1	4.391	144	-5	5.007	304	+7	37.846
2014	107	+6	4.636	140	-4	5.096	303	-1	38.815
2015	111	+4	4.802	139	-1	5.071	304	+1	38.993
2016	150	+39	5.046	159	+20	5.135	335	+31	39.461

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do CNES.

Chama a atenção na Tabela 24, que a variação ano a ano do número de equipamentos disponíveis no município do Rio de Janeiro evidencia aumento substancial do quantitativo de equipamentos de ultrassom convencional disponíveis. Também é possível observar a repetição do padrão de aumentos mais robustos em torno do ano de 2011 e, também, 2016, possivelmente influenciados pelos movimentos preparatórios do setor saúde para os eventos mundiais. A evolução do número de aparelhos de ultrassom convencional (US) disponíveis assumiu um padrão de crescimento contínuo e expressivo entre 2005 e 2016. E a capacidade instalada de aparelhos de RX e equipamentos odontológicos completos exibiu ganho final expressivo, porém com presença de anos de involução no trajeto de desenvolvimento.

Ao debruçar-se sobre a diferença ano a ano do padrão de crescimento dos três equipamentos, verificaram-se aumentos mais basais até 2009, e posteriormente, picos de elevação com retorno aos níveis basais em todos os três casos. A análise do padrão de evolução da capacidade instalada de ultrassom convencional disponível evidenciou o ano de 2010 como início do pico de crescimento que culminou em 2011, superando em 2,7 vezes o ano anterior, e adotou trajetória descendente brusca com novo pico de crescimento no ano de 2016. Na análise do padrão de evolução da disponibilidade de aparelhos de RX, o padrão de crescimento sobressaiu como os anos de 2012 e 2016 com picos isolados de crescimento. Em relação ao padrão de desenvolvimento do quantitativo de equipes odontológicas completas, aumentos expressivos ocorreram em 2008, 2010 e 2016, intercalados com crescimentos basal e negativo. Importante estabelecer comparação com o padrão de provisão de equipes de Saúde Bucal, que

tiveram como anos de forte crescimento o de 2010, 2011 e 2016. É lógico que haja expansão da capacidade instalada prévia à provisão de equipes.

Ao olhar para o início e o final do período pós-expansão da APS no município do Rio de Janeiro, o quantitativo de ultrassom convencional disponível para cada 10 mil habitantes cobertos pela ESF saiu de 0,46 em 2008 para 0,39 em 2017, tendo diminuição de 15,22% da disponibilidade à população coberta e média inferior à nacional de 0,41 em 2017, porém, sem variações significativas em torno do resultado nacional. Verificando a disponibilidade de aparelhos de RX de 100 a 500 MA para população coberta, partiu de 2,60 em 2008 para 0,39 em 2017. Nota-se redução de 567,67% na disponibilidade deste equipamento, estando abaixo da média nacional de 0,40 equipamentos para cada 10 mil habitantes cobertos por ESF. No que diz respeito ao quantitativo de equipos odontológicos, a disponibilidade saiu de 6,98 em 2008 para 2,28 em 2017, média inferior à nacional de 4,74 equipamentos para cada 10 mil habitantes cobertos no mesmo período. Há necessidade de superação em 108% no número de equipos odontológicos disponíveis na APS para equiparação com a média nacional (Tabela 25).

Tabela 25 - Disponibilidade de equipamentos de saúde no SUS para cada dez mil habitantes cobertos pela ESF na cidade do Rio de Janeiro - 2008 a 2016

Ano	Estimativa de cobertura populacional por eSF – MRJ (%)	Estimativa de cobertura populacional por eSF – BRASIL (%)	N.º de ultrassom convencional / 10.000 habitantes cobertos por eSF		N.º de aparelhos de RX de 100 a 500 MA / 10.000 habitantes cobertos por eSF		N.º de equipos odontológicos / 10.000 habitantes cobertos por eSB ¹	
	MRJ	BRASIL	MRJ	BRASIL	MRJ	BRASIL	MRJ	BRASIL
2008	7,13	50,99	0,46	0,27	2,60	0,48	6,98	5,35
2009	9,63	51,43	0,42	0,32	1,92	0,47	5,40	5,15
2010	15,67	53,02	0,41	0,34	1,27	0,47	3,96	4,79
2011	31,83	54,63	0,40	0,37	0,63	0,46	2,20	4,91
2012	38,98	55,52	0,40	0,38	0,60	0,46	2,28	4,82
2013	37,05	57,46	0,43	0,39	0,61	0,45	2,52	4,94
2014	43,36	61,08	0,38	0,38	0,50	0,41	2,45	4,84
2015	44,06	62,50	0,39	0,38	0,49	0,40	2,44	4,76
2016	59,47	62,63	0,39	0,39	0,41	0,40	2,18	4,64

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do CNES e MS/SAS/DAB.

(1) O cálculo considera na fórmula a estimativa de população coberta por equipes de Saúde Bucal, e não por equipes de Saúde da Família.

Nota-se que concernente ao desempenho do município do Rio de Janeiro quanto a disponibilidade de equipamentos de radiografia e ultrassonografia para cada 10 mil habitantes cobertos por eSF, apesar da redução observada, houve pouca variação em torno do resultado nacional. O mesmo não ocorreu com a disponibilidade de equipos odontológicos, que

apresentava desempenho superior ao nacional em 2008 e 2009 e passou a adotar trajeto descendente e inferior ao nacional, apesar do município do Rio de Janeiro ter obedecido ao parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde Família, e por isso merece aprofundamento da análise para maior entendimento.

Tabela 26 - Proporção de equipes odontológicas por equipe de saúde bucal no município do Rio de Janeiro e no Brasil - 2008 a 2016

Ano	N.º de equipes odontológicas		N.º de eSB ¹		Proporção de equipes odontológicas por eSB ²	
	MRJ	BRASIL	MRJ	BRASIL	MRJ	BRASIL
2008	219	32.782	91	19.280	2,41	1,70
2009	229	33.831	123	20.626	1,86	1,64
2010	265	35.010	194	21.999	1,37	1,59
2011	283	35.943	373	23.075	0,76	1,56
2012	297	36.893	378	23.644	0,79	1,56
2013	304	37.846	349	23.644	0,87	1,60
2014	303	38.815	358	25.362	0,85	1,53
2015	304	38.993	361	25.945	0,84	1,50
2016	335	39.461	445	25.887	0,75	1,52

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do CNES e DAB/MS.

(1) Considera-se o parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe de saúde bucal.

(2) Cálculada através da razão entre N.º de equipes odontológicas (numerador) e N.º de equipes de saúde bucal (denominador).

Observando as Tabelas 23, 24 e 25, ressalta-se o ano de 2009 como o último ano em que o município apresentou disponibilidade de equipes odontológicas superior à nacional. Neste ano, o município do Rio de Janeiro apresentava proporção de 229 equipes para 123 eSB para cerca de 424.350 mil habitantes cobertos por Saúde Bucal, com média de 3.450 habitantes por eSB representados em 6,89% de cobertura populacional estimada por eSB. Já em 2010, o primeiro ano da sequência de resultados inferiores ao nacional, a proporção era de 265 equipes odontológicas para 194 eSB para aproximadamente 669.300 mil habitantes cobertos por Saúde Bucal, com média de 3.450 habitantes por eSB representados em 10,82% de cobertura.

Verifica-se que a proporção nacional de equipes odontológicas por equipe de saúde bucal apresentou no mínimo o resultado de 1,5 equipes por eSB em todos os anos estudados. O município do Rio de Janeiro apresentou redução progressiva da proporção de equipes odontológicas por eSB nos anos estudados, apresentando menos de 1 equipamento por equipe a partir de 2011. Esta redução se apresentou mesmo com a ampliação robusta do quantitativo

de equipamentos odontológicos devido a ampliação em escala muito superior do número de eSB no mesmo período, que acompanhou o aumento exponencial da cobertura da ESF na cidade (Tabela 26).

Nota-se que o ano 2009 foi o que apresentou padrão de equivalência ao nível nacional e apresentava 229 equipamentos odontológicos para 424.350 mil habitantes cobertos, isto é, 1 equipamento para cada 1.853 indivíduos. Já em 2017, o município do Rio de Janeiro apresentava 335 equipamentos odontológicos para 1.497.300 mil habitantes cobertos, isto é, 1 equipamento para cada 4.469 indivíduos (Tabela 23). Ressalta-se que não cabe a este estudo estabelecer juízo sobre a relação de adequação entre quantitativo de infraestrutura e atenção à saúde.

Constata-se que embora tenha ocorrido aumento exponencial da quantidade de equipamentos de saúde disponíveis, a ampliação da cobertura pela ESF foi mais rápida que este aumento, reduzindo a densidade da oferta por 10.000 mil habitantes cobertos pela eSF.

Tabela 27 - Utilização dos serviços de saúde para cada 10 mil habitantes cobertos pela ESF na cidade do Rio de Janeiro e no Brasil - 2008 a 2016

ANO	Estimativa de cobertura populacional por eSF –		N.º de consultas médicas em atenção básica/ 10.000 habitantes cobertos por eSF		N.º de primeira consulta odontológica programática / 10.000 habitantes cobertos por eSB		N.º de coletas de material para exame citopatológico de colo uterino / 10.000 habitantes cobertos por eSF		N.º de consultas de puericultura / 10.000 habitantes cobertos por eSF	
	MRJ (%)	BRASIL (%)	MRJ	BRASIL	MRJ	BRASIL	MRJ	BRASIL	MRJ	BRASIL
2008	7,13	50,99	5.138	1.729	452	287	217	74	172	62
2009	9,63	51,43	2.525	1.581	182	261	167	146	105	146
2010	15,67	53,02	2.053	1.571	241	198	148	131	126	89
2011	31,83	54,63	1.412	1.578	146	447	148	74	151	127
2012	38,98	55,52	817	1.303	95	186	74	55	109	80
2013	37,05	57,46	878	1.443	90	176	58	110	125	182
2014	43,36	61,08	891	1.212	128	273	51	124	134	77
2015	44,06	62,50	1.064	1.104	181	173	51	130	184	143
2016	59,47	62,63	418	917	65	158	16	39	58	77

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do SIA/SUS e DAB/MS.

Pode-se observar que no ano de 2008 o município do Rio de Janeiro superou o nível nacional de número de consultas médicas em atenção básica para cada dez mil habitantes cobertos por eSF em 2,9 vezes, e apresentou resultados acima da média nacional em 2009 e 2010. Adotou resultados inferiores ao nacional de 2011 a 2016 (Tabela 27).

Quanto a utilização de serviços odontológicos para cada dez mil habitantes cobertos por eSB, o município do Rio de Janeiro atingiu em 2008 a marca de 452 primeiras consultas odontológicas programáticas contra 287 do resultado nacional, tendo resultados superiores ao nacional em 4 dos 10 anos estudados. As maiores diferenças foram encontradas nos anos de 2011 e 2014, quando o município foi superado em 206% e 113%, respectivamente (Tabela 27).

O município do Rio de Janeiro apresentou número de coleta de exame citopatológico do colo uterino para cada dez mil habitantes cobertos por eSF superior à média nacional até 2012, com destaque para os anos de 2008 e 2011 que foram 193% e 100% maiores, nesta ordem, seguindo-se anos de resultados inferiores (Tabela 27).

O número de consultas de puericultura para cada dez mil habitantes cobertos por eSF apresentou melhores resultados na grande maioria dos anos analisados no município do Rio de Janeiro se comparado ao resultado à nível nacional, já que o resultado Brasil sobressaiu ao município do Rio de Janeiro em 3 dos 10 anos em estudo (Tabela 27).

Através da análise dos efeitos da reforma da APS sobre o padrão de provisão de equipes e utilização de serviços de saúde constata-se a ampliação exponencial da cobertura da APS na cidade do Rio de Janeiro por eSF e ampliação robusta da capacidade instalada e de equipamentos de saúde, que ampliou a disponibilidade de equipamentos e serviços de saúde para a população coberta nos anos iniciais da expansão da ESF na metrópole, seguindo trajetória decrescente de disponibilidade e utilização de serviços de saúde a partir de 2011 devido a ampliação da cobertura populacional pela ESF em escalas muito superiores a ampliação da capacidade instalada realizada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação analisou o padrão de sustentabilidade econômico-financeira da provisão de serviços públicos de saúde e descreveu a expansão da Atenção Primária (APS) no município do Rio de Janeiro no período 2008-2016.

O trabalho descreveu o efeito da decisão pela realização de grandes eventos internacionais na cidade do Rio de Janeiro, com especial atenção à Copa do Mundo Brasil 2014 e Jogos Olímpicos e Paralímpicos Rio 2016, sobre a condição de financiamento à atenção à saúde e sobre a provisão de serviços e equipes de Saúde Família. Chamou assim a atenção para as condições singulares que favoreceram a expansão da APS na cidade entre duas décadas.

Constatou, assim, que a reforma organizacional tardia do setor saúde foi influenciada pelos grandes eventos internacionais, que possibilitaram as grandes mudanças no padrão de provisão da atenção primária. O mandato do Prefeito Eduardo Paes (2008-2016) priorizou ações em áreas específicas de legado olímpico, dentre elas o setor saúde, com a finalidade de adequar a cidade do Rio de Janeiro as exigências de uma cidade global.

A análise da condição estrutural das finanças públicas municipais permitiu situar as condições de sustentabilidade da nova condição do sistema municipal de saúde. A expansão da agenda de saúde do governo municipal foi sustentada pelo aumento da arrecadação direta de impostos - principal fonte de recursos do município – e pelo crescimento dos recursos transferidos de outras esferas de governo. A preparação da cidade para a realização dos grandes eventos internacionais também favoreceu o crescimento das despesas com investimentos coordenados pelo governo da cidade.

A partir dessa contextualização, este estudo corrobora as conclusões da literatura sobre aumento exponencial da cobertura da ESF no período 2008-2016. Nesta conjuntura, a cidade do Rio de Janeiro promoveu o aumento da cobertura das equipes de ACS, da Saúde da Família e da Saúde Bucal, com resultados extremamente positivos durante os primeiros anos da expansão sobre a disponibilidade de equipamentos de saúde e utilização dos serviços pela população-alvo da intervenção do governo local, havendo redução progressiva da densidade da oferta por 10.000 mil habitantes cobertos pela ESF devido à rapidez da ampliação desta cobertura ter sido maior do que a da ampliação da capacidade instalada realizada.

Pesquisas acerca da adequação das condições de trabalho e incentivos às equipes de saúde não fizeram parte do escopo deste estudo e são objetos de interesse para estudos futuros,

assim como a comparação do caso da expansão da APS da cidade do Rio de Janeiro com outras capitais.

O ciclo expansivo da APS foi financiado predominantemente com recursos próprios municipais. Portanto, a sustentabilidade da reforma setorial dependeu diretamente da decisão governamental pela aplicação em níveis extremamente elevados da receita da cidade na área de saúde.

REFERÊNCIA

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MÉRCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1499-1509, 2016.

ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 23, n. 80, setembro/2002, p. 25-48 25. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>>. Acessado em: 04 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *A Reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle*. Elaborado por: Pereira LCB. Brasília, 1997.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). *Nota Técnica 04/2012. Ações de Saúde para Copa do Mundo FIFA 2014*. Brasília, 2012(a). Disponível em:<<http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-04-2012-Copa-2014.pdf>>. Acessado em: 13 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acessado em: 23 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico* n.º8. Vol 45, 2014. Disponível em:<<http://portalarquivos2>

saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/BE-2014-45--8----Copa-do-Brasil.pdf>. Acessado em: 24 set. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003. *Aprova as seguintes diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, e determina a base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde*. Brasília, 2003. Disponível em:<<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/reso322.doc>>.

_____. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. Portal da Transparência. *Glossário*. 2017 (a). Disponível em:<<http://www.portaltransparencia.gov.br/glossario/>>. Acessado em 12 jan.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a Reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos Grandes Centros Urbanos: Velhos Problemas, Novos desafios. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(1):11-21, 2002.

CAMPOS, C.E.A.; COHN, A.; BRANDÃO, A.L. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Maio [citado 2016 Nov 27]; 21(5): 1351-1364.

COSTA, N.R. Alternativas de Governança na Gestão Pública: O Caso dos Hospitais no Modelo de Parceria Público e Privado – Organização Social – no Estado de São Paulo. *Coletânea Terceiro Setor e Parcerias na Área de Saúde*, Belo Horizonte, Editora Fórum, 2011, páginas 93-106.

COSTA E SILVA, V.; BARBOSA, P.R.; HORTALE, V.A. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1365-1376, 2016

COSTA, N.R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1389-1398, 2016.

FERREIRA, V.N. Política de Segurança Pública e Globalização: estudo de caso da cidade do Rio de Janeiro. 2017. Tese de Doutorado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

HABICHT, J.P., VICTORA, C.G. ; VAUGHAN, J.P. Evaluation Designs for Adequacy, Plausibility and Probability of Public Health Programs Performance and Impact. *International Journal of Epidemiology*, 1999, n.28, p. 10–18.

MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Londres v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MALTA, D.C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2):327-338, 2016.

MALTA, F.; SALOMÓN, M. Cidades Globais e Relações Internacionais. Instituto de Relações Internacionais. PUC-Rio 2008. [acessado em 2016 Mar 21] Disponível em: http://www.pucRio.br/pibic/relatorio_resumo2008/relatorios/ccs/iri/iri_fernando_malta.pdf

MATTOS, R.A. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as Grandes Cidades. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12 (1):77-108,2002.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, B; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet. Health in Brazil*. 377: 1778–97, 2011.

PEREIRA, A.T.S.; CAMPELO, A.C.F.S.; CUNHA, F.S.; NORONHA, J.; CORDEIRO, H.; DAIN, S.; PEREIRA, T.R. A sustentabilidade econômico-financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, n.3, pp. 607-620. ISSN 1413-8123.

PINAFO, E.; CARVALHO, B.G.; NUNES, E.F.P.A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1511-1524, 2016.

PORTELA, GZ. A Sustentabilidade Econômica-Financeira do Programa de Saúde da Família em município de grande porte. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

PORTELA, G.Z.; RIBEIRO, J.M. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3):1719-1732, 2011.

RIBEIRO, J.M.; ALCOFORADO, F. Mecanismos de governança e o desenho institucional da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 May [cited 2016 Nov 27]; 21(5): 1339-1350.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal da Casa Civil do município do Rio de Janeiro. *Cartilha das Organizações Sociais Cariocas: Um brinde aos dois anos de vigência da Lei Municipal n.º 5.026, de 19 de maio de 2009*. Rio de Janeiro, 2011. [acessado em 2016 Abr 18] Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2116763/243778/pef0.0.6.0.1.1.crtcartilhasite.pdf>>. Acessado em: 24 jul. 2017.

_____. *Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2009- 2012*. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6616925/4178940/planejamento_estrategico_site_01.pdf

_____. *Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro 2013- 2016*. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:< http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2116763/4104304/planejamento_estrategico_1316.pdf>. Acesso em 14 nov. 2017.

_____. Secretaria Municipal de Fazenda. *Relatórios de Transparência Fiscal*. Disponíveis em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smf/exibeconteudo?id=2645033>>. Acesso em 12 jan. 2018.

SIMAS, K.B.F. et. al. (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1481-1490, 2016.

SORANZ, D. *et al.* Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1327-1338, 2016.

SORANZ, D.; PINTO, L.F.; PENNA, G.O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*[online]. 2016, vol.21, n.5, pp.1327-1338.

VIANA, A.L.D'Á.; MACHADO, C.V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):807-817, 2009

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde do Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 225-264, 2005.

**ANEXO A - EVOLUÇÃO MENSAL DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO DE 2008 A 2017**

Competência	População	Nº equipes de Saúde da Família (eSF)	Estimativa de população coberta por eSF	Cobertura populacional estimada de eSF
JAN/2008	6.093.472	150	517.500	8,49%
FEV/2008	6.093.472	148	510.600	8,38%
MAR/2008	6.093.472	153	527.850	8,66%
ABR/2008	6.093.472	152	524.400	8,61%
MAI/2008	6.093.472	150	517.500	8,49%
JUN/2008	6.093.472	145	500.250	8,21%
JUL/2008	6.093.472	146	503.700	8,27%
AGO/2008	6.093.472	134	462.300	7,59%
SET/2008	6.093.472	131	451.950	7,42%
OUT/2008	6.093.472	132	455.400	7,47%
NOV/2008	6.093.472	125	431.250	7,08%
DEZ/2008	6.093.472	126	434.700	7,13%
JAN/2009	6.161.047	131	451.950	7,34%
FEV/2009	6.161.047	142	489.900	7,95%
MAR/2009	6.161.047	143	493.350	8,01%
ABR/2009	6.161.047	149	514.050	8,34%
MAI/2009	6.161.047	156	538.200	8,74%
JUN/2009	6.161.047	160	552.000	8,96%
JUL/2009	6.161.047	162	558.900	9,07%
AGO/2009	6.161.047	162	558.900	9,07%
SET/2009	6.161.047	164	565.800	9,18%
OUT/2009	6.161.047	159	548.550	8,90%
NOV/2009	6.161.047	165	569.250	9,24%
DEZ/2009	6.161.047	172	593.400	9,63%
JAN/2010	6.186.710	173	596.850	9,65%
FEV/2010	6.186.710	173	596.850	9,65%
MAR/2010	6.186.710	169	583.050	9,42%
ABR/2010	6.186.710	164	565.800	9,15%
MAI/2010	6.186.710	186	641.700	10,37%
JUN/2010	6.186.710	203	700.350	11,32%
JUL/2010	6.186.710	226	779.700	12,60%
AGO/2010	6.186.710	220	759.000	12,27%
SET/2010	6.186.710	228	786.600	12,71%
OUT/2010	6.186.710	246	848.700	13,72%
NOV/2010	6.186.710	267	921.150	14,89%
DEZ/2010	6.186.710	281	969.450	15,67%
JAN/2011	6.320.446	308	1.062.600	16,81%
FEV/2011	6.320.446	315	1.086.750	17,19%
MAR/2011	6.320.446	326	1.124.700	17,79%
ABR/2011	6.320.446	348	1.200.600	19,00%
MAI/2011	6.320.446	405	1.397.250	22,11%
JUN/2011	6.320.446	424	1.462.800	23,14%
JUL/2011	6.320.446	451	1.555.950	24,62%
AGO/2011	6.320.446	453	1.562.850	24,73%
SET/2011	6.320.446	471	1.624.950	25,71%

Competência	População	Nº equipes de Saúde da Família (eSF)	Estimativa de população coberta por eSF	Cobertura populacional estimada de eSF
OUT/2011	6.320.446	487	1.680.150	26,58%
NOV/2011	6.320.446	506	1.745.700	27,62%
DEZ/2011	6.320.446	583	2.011.868	31,83%
JAN/2012	6.355.949	581	2.004.795	31,54%
FEV/2012	6.355.949	594	2.049.128	32,24%
MAR/2012	6.355.949	607	2.093.978	32,95%
ABR/2012	6.355.949	608	2.098.980	33,02%
MAI/2012	6.355.949	628	2.165.738	34,07%
JUN/2012	6.355.949	652	2.249.573	35,39%
JUL/2012	6.355.949	679	2.344.275	36,88%
AGO/2012	6.355.949	691	2.384.813	37,52%
SET/2012	6.355.949	705	2.431.043	38,25%
OUT/2012	6.355.949	701	2.417.760	38,04%
NOV/2012	6.355.949	709	2.445.015	38,47%
DEZ/2012	6.355.949	718	2.477.273	38,98%
JAN/2013	6.390.290	713	2.459.505	38,49%
FEV/2013	6.390.290	719	2.478.653	38,79%
MAR/2013	6.390.290	716	2.470.890	38,67%
ABR/2013	6.390.290	706	2.435.700	38,12%
MAI/2013	6.390.290	697	2.404.133	37,62%
JUN/2013	6.390.290	703	2.425.523	37,96%
JUL/2013	6.390.290	691	2.384.985	37,32%
AGO/2013	6.390.290	713	2.459.505	38,49%
SET/2013	6.390.290	724	2.495.730	39,06%
OUT/2013	6.390.290	707	2.439.150	38,17%
NOV/2013	6.390.290	699	2.411.895	37,74%
DEZ/2013	6.390.290	687	2.367.390	37,05%
JAN/2014	6.429.923	745	2.570.250	39,97%
FEV/2014	6.429.923	751	2.591.295	40,30%
MAR/2014	6.429.923	749	2.585.085	40,20%
ABR/2014	6.429.923	737	2.542.305	39,54%
MAI/2014	6.429.923	781	2.694.278	41,90%
JUN/2014	6.429.923	793	2.734.298	42,52%
JUL/2014	6.429.923	806	2.780.355	43,24%
AGO/2014	6.429.923	815	2.811.405	43,72%
SET/2014	6.429.923	813	2.805.195	43,63%
OUT/2014	6.429.923	813	2.805.023	43,62%
NOV/2014	6.429.923	808	2.788.635	43,37%
DEZ/2014	6.429.923	808	2.787.945	43,36%
JAN/2015	6.453.682	815	2.811.578	43,57%
FEV/2015	6.453.682	800	2.762.243	42,80%
MAR/2015	6.453.682	777	2.679.788	41,52%
ABR/2015	6.453.682	782	2.697.555	41,80%
MAI/2015	6.453.682	792	2.731.193	42,32%
JUN/2015	6.453.682	792	2.731.538	42,33%
JUL/2015	6.453.682	809	2.789.843	43,23%
AGO/2015	6.453.682	809	2.790.878	43,24%
SET/2015	6.453.682	818	2.821.065	43,71%
OUT/2015	6.453.682	823	2.839.178	43,99%
NOV/2015	6.453.682	823	2.836.935	43,96%

DEZ/2015	6.453.682	824	2.843.318	44,06%
DEZ/2015	6.453.682	824	2.843.318	44,06%
JAN/2016	6.476.631	867	2.988.908	46,15%
FEV/2016	6.476.631	887	3.061.703	47,27%
MAR/2016	6.476.631	895	3.087.578	47,67%
ABR/2016	6.476.631	904	3.117.765	48,14%
MAI/2016	6.476.631	899	3.101.550	47,89%
JUN/2016	6.476.631	932	3.213.675	49,62%
JUL/2016	6.476.631	964	3.325.800	51,35%
AGO/2016	6.476.631	983	3.392.213	52,38%
SET/2016	6.476.631	1042	3.593.175	55,48%
OUT/2016	6.476.631	1065	3.675.630	56,75%
NOV/2016	6.476.631	1062	3.662.520	56,55%
DEZ/2016	6.476.631	1116	3.851.408	59,47%
JAN/2017	6.498.837	1176	4.057.545	62,43%
FEV/2017	6.498.837	1179	4.067.550	62,59%
MAR/2017	6.498.837	1162	4.011.488	61,73%
ABR/2017	6.498.837	1172	4.044.435	62,23%
MAI/2017	6.498.837	1181	4.076.175	62,72%
JUN/2017	6.498.837	1177	4.061.685	62,50%
JUL/2017	6.498.837	1190	4.104.293	63,15%
AGO/2017	6.498.837	1195	4.121.198	63,41%
SET/2017	6.498.837	1193	4.114.298	63,31%
OUT/2017	6.498.837	1201	4.143.968	63,76%
NOV/2017	6.498.837	1194	4.120.508	63,40%
DEZ/2017	6.498.837	1180	4.069.965	62,63%

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do Departamento de Atenção Básica/MS.

**ANEXO B - EVOLUÇÃO MENSAL DAS EQUIPES DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO DE 2008 A 2017**

Competência	População	Nº equipes de ACS	Estimativa de população coberta por ACS	Cobertura populacional estimada de ACS
JAN/2008	6.093.472	874	502.550	8,25%
FEV/2008	6.093.472	866	497.950	8,17%
MAR/2008	6.093.472	887	510.025	8,37%
ABR/2008	6.093.472	880	506.000	8,30%
MAI/2008	6.093.472	864	496.800	8,15%
JUN/2008	6.093.472	816	469.200	7,70%
JUL/2008	6.093.472	806	463.450	7,61%
AGO/2008	6.093.472	749	430.675	7,07%
SET/2008	6.093.472	731	420.325	6,90%
OUT/2008	6.093.472	750	431.250	7,08%
NOV/2008	6.093.472	707	406.525	6,67%
DEZ/2008	6.093.472	703	404.225	6,63%
JAN/2009	6.161.047	723	415.725	6,75%
FEV/2009	6.161.047	786	451.950	7,34%
MAR/2009	6.161.047	791	454.825	7,38%
ABR/2009	6.161.047	837	481.275	7,81%
MAI/2009	6.161.047	894	514.050	8,34%
JUN/2009	6.161.047	923	530.725	8,61%
JUL/2009	6.161.047	926	532.450	8,64%
AGO/2009	6.161.047	920	529.000	8,59%
SET/2009	6.161.047	926	532.450	8,64%
OUT/2009	6.161.047	900	517.500	8,40%
NOV/2009	6.161.047	954	548.550	8,90%
DEZ/2009	6.161.047	1.002	576.150	9,35%
JAN/2010	6.186.710	1.008	579.600	9,37%
FEV/2010	6.186.710	1.009	580.175	9,38%
MAR/2010	6.186.710	977	561.775	9,08%
ABR/2010	6.186.710	945	543.375	8,78%
MAI/2010	6.186.710	1.062	610.650	9,87%
JUN/2010	6.186.710	1.153	662.975	10,72%
JUL/2010	6.186.710	1.301	748.075	12,09%
AGO/2010	6.186.710	1.276	733.700	11,86%
SET/2010	6.186.710	1.319	758.425	12,26%
OUT/2010	6.186.710	1.402	806.150	13,03%
NOV/2010	6.186.710	1.526	877.450	14,18%
DEZ/2010	6.186.710	1.598	918.850	14,85%
JAN/2011	6.320.446	1.749	1.005.675	15,91%
FEV/2011	6.320.446	1.784	1.025.800	16,23%
MAR/2011	6.320.446	1.875	1.078.125	17,06%
ABR/2011	6.320.446	2.028	1.166.100	18,45%
MAI/2011	6.320.446	2.370	1.362.750	21,56%
JUN/2011	6.320.446	2.506	1.440.950	22,80%
JUL/2011	6.320.446	2.671	1.535.825	24,30%
AGO/2011	6.320.446	2.693	1.548.475	24,50%
SET/2011	6.320.446	2.796	1.607.700	25,44%
OUT/2011	6.320.446	2.894	1.664.050	26,33%
NOV/2011	6.320.446	2.957	1.700.275	26,90%

DEZ/2011	6.320.446	3.385	1.946.375	30,79%
JAN/2012	6.355.949	3.496	2.010.200	31,63%
FEV/2012	6.355.949	3.650	2.098.750	33,02%
MAR/2012	6.355.949	3.742	2.151.650	33,85%
ABR/2012	6.355.949	3.784	2.175.800	34,23%
MAI/2012	6.355.949	3.859	2.218.925	34,91%
JUN/2012	6.355.949	4.053	2.330.475	36,67%
JUL/2012	6.355.949	4.224	2.428.800	38,21%
AGO/2012	6.355.949	4.339	2.494.925	39,25%
SET/2012	6.355.949	4.411	2.536.325	39,90%
OUT/2012	6.355.949	4.410	2.535.750	39,90%
NOV/2012	6.355.949	4.460	2.564.500	40,35%
DEZ/2012	6.355.949	4.496	2.585.200	40,67%
JAN/2013	6.390.290	4.464	2.566.800	40,17%
FEV/2013	6.390.290	4.489	2.581.175	40,39%
MAR/2013	6.390.290	4.451	2.559.325	40,05%
ABR/2013	6.390.290	4.348	2.500.100	39,12%
MAI/2013	6.390.290	4.238	2.436.850	38,13%
JUN/2013	6.390.290	4.283	2.462.725	38,54%
JUL/2013	6.390.290	4.212	2.421.900	37,90%
AGO/2013	6.390.290	4.398	2.528.850	39,57%
SET/2013	6.390.290	4.493	2.583.475	40,43%
OUT/2013	6.390.290	4.326	2.487.450	38,93%
NOV/2013	6.390.290	4.213	2.422.475	37,91%
DEZ/2013	6.390.290	4.108	2.362.100	36,96%
JAN/2014	6.429.923	4.455	2.561.625	39,84%
FEV/2014	6.429.923	4.498	2.586.350	40,22%
MAR/2014	6.429.923	4.467	2.568.525	39,95%
ABR/2014	6.429.923	4.400	2.530.000	39,35%
MAI/2014	6.429.923	4.674	2.687.550	41,80%
JUN/2014	6.429.923	4.743	2.727.225	42,41%
JUL/2014	6.429.923	4.846	2.786.450	43,34%
AGO/2014	6.429.923	4.925	2.831.875	44,04%
SET/2014	6.429.923	4.921	2.829.575	44,01%
OUT/2014	6.429.923	4.951	2.846.825	44,27%
NOV/2014	6.429.923	4.893	2.813.475	43,76%
DEZ/2014	6.429.923	4.913	2.824.975	43,93%
JAN/2015	6.453.682	4.959	2.851.425	44,18%
FEV/2015	6.453.682	4.900	2.817.500	43,66%
MAR/2015	6.453.682	4.826	2.774.950	43%
ABR/2015	6.453.682	4.832	2.778.400	43,05%
MAI/2015	6.453.682	4.877	2.804.275	43,45%
JUN/2015	6.453.682	4.884	2.808.300	43,51%
JUL/2015	6.453.682	4.994	2.871.550	44,49%
AGO/2015	6.453.682	5.000	2.875.000	44,55%
SET/2015	6.453.682	5.097	2.930.775	45,41%
OUT/2015	6.453.682	5.115	2.941.125	45,57%
NOV/2015	6.453.682	5.131	2.950.325	45,72%
DEZ/2015	6.453.682	5.121	2.944.575	45,63%
JAN/2016	6.476.631	5.310	3.053.250	47,14%
FEV/2016	6.476.631	5.392	3.100.400	47,87%
MAR/2016	6.476.631	5.409	3.110.175	48,02%
ABR/2016	6.476.631	5.415	3.113.625	48,07%

MAI/2016	6.476.631	5.358	3.080.850	47,57%
JUN/2016	6.476.631	5.494	3.159.050	48,78%
JUL/2016	6.476.631	5.625	3.234.375	49,94%
AGO/2016	6.476.631	5.671	3.260.825	50,35%
SET/2016	6.476.631	5.838	3.356.850	51,83%
OUT/2016	6.476.631	6.003	3.451.725	53,30%
NOV/2016	6.476.631	6.005	3.452.875	53,31%
DEZ/2016	6.476.631	6.271	3.605.825	55,67%
JAN/2017	6.498.837	6.534	3.757.050	57,81%
FEV/2017	6.498.837	6.549	3.765.675	57,94%
MAR/2017	6.498.837	6.436	3.700.700	56,94%
ABR/2017	6.498.837	6.483	3.727.725	57,36%
MAI/2017	6.498.837	6.481	3.726.575	57,34%
JUN/2017	6.498.837	6.443	3.704.725	57,01%
JUL/2017	6.498.837	6.505	3.740.375	57,55%
AGO/2017	6.498.837	6.520	3.749.000	57,69%
SET/2017	6.498.837	6.468	3.719.100	57,23%
OUT/2017	6.498.837	6.446	3.706.450	57,03%
NOV/2017	6.498.837	6.315	3.631.125	55,87%
DEZ/2017	6.498.837	6.267	3.603.525	55,45%

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do Departamento de Atenção Básica/MS.

**ANEXO C - EVOLUÇÃO MENSAL DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA CIDADE
DO RIO DE JANEIRO DE 2008 A 2017**

Competência	População	Nº equipes de eSB	Estimativa de população coberta por eSB	Cobertura populacional estimada de eSB
JAN/2008	6.093.472	68	234.600	3,85%
FEV/2008	6.093.472	70	241.500	3,96%
MAR/2008	6.093.472	74	255.300	4,19%
ABR/2008	6.093.472	74	255.300	4,19%
MAI/2008	6.093.472	73	251.850	4,13%
JUN/2008	6.093.472	76	262.200	4,30%
JUL/2008	6.093.472	77	265.650	4,36%
AGO/2008	6.093.472	91	313.950	5,15%
SET/2008	6.093.472	90	310.500	5,10%
OUT/2008	6.093.472	90	310.500	5,10%
NOV/2008	6.093.472	90	310.500	5,10%
DEZ/2008	6.093.472	91	313.950	5,15%
JAN/2009	6.161.047	96	331.200	5,38%
FEV/2009	6.161.047	107	369.150	5,99%
MAR/2009	6.161.047	107	369.150	5,99%
ABR/2009	6.161.047	109	376.050	6,10%
MAI/2009	6.161.047	112	386.400	6,27%
JUN/2009	6.161.047	114	393.300	6,38%
JUL/2009	6.161.047	115	396.750	6,44%
AGO/2009	6.161.047	116	400.200	6,50%
SET/2009	6.161.047	117	403.650	6,55%
OUT/2009	6.161.047	111	382.950	6,22%
NOV/2009	6.161.047	115	396.750	6,44%
DEZ/2009	6.161.047	123	424.350	6,89%
JAN/2010	6.186.710	124	427.800	6,91%
FEV/2010	6.186.710	123	424.350	6,86%
MAR/2010	6.186.710	121	417.450	6,75%
ABR/2010	6.186.710	117	403.650	6,52%
MAI/2010	6.186.710	136	469.200	7,58%
JUN/2010	6.186.710	149	514.050	8,31%
JUL/2010	6.186.710	160	552.000	8,92%
AGO/2010	6.186.710	155	534.750	8,64%
SET/2010	6.186.710	164	565.800	9,15%
OUT/2010	6.186.710	171	589.950	9,54%
NOV/2010	6.186.710	194	669.300	10,82%
DEZ/2010	6.186.710	194	669.300	10,82%
JAN/2011	6.320.446	223	769.350	12,17%
FEV/2011	6.320.446	230	793.500	12,55%
MAR/2011	6.320.446	246	848.700	13,43%
ABR/2011	6.320.446	256	883.200	13,97%
MAI/2011	6.320.446	301	1.038.450	16,43%
JUN/2011	6.320.446	319	1.100.550	17,41%
JUL/2011	6.320.446	336	1.159.200	18,34%
AGO/2011	6.320.446	343	1.183.350	18,72%
SET/2011	6.320.446	365	1.259.250	19,92%
OUT/2011	6.320.446	378	1.304.100	20,63%
NOV/2011	6.320.446	374	1.290.300	20,41%

DEZ/2011	6.320.446	373	1.286.850	20,36%
JAN/2012	6.355.949	361	1.245.450	19,60%
FEV/2012	6.355.949	373	1.286.850	20,25%
MAR/2012	6.355.949	367	1.266.150	19,92%
ABR/2012	6.355.949	366	1.262.700	19,87%
MAI/2012	6.355.949	364	1.255.800	19,76%
JUN/2012	6.355.949	359	1.238.550	19,49%
JUL/2012	6.355.949	371	1.279.950	20,14%
AGO/2012	6.355.949	382	1.317.900	20,73%
SET/2012	6.355.949	386	1.331.700	20,95%
OUT/2012	6.355.949	382	1.317.900	20,73%
NOV/2012	6.355.949	377	1.300.650	20,46%
DEZ/2012	6.355.949	378	1.304.100	20,52%
JAN/2013	6.390.290	376	1.297.200	20,30%
FEV/2013	6.390.290	371	1.279.950	20,03%
MAR/2013	6.390.290	359	1.238.550	19,38%
ABR/2013	6.390.290	361	1.245.450	19,49%
MAI/2013	6.390.290	353	1.217.850	19,06%
JUN/2013	6.390.290	350	1.207.500	18,90%
JUL/2013	6.390.290	340	1.173.000	18,36%
AGO/2013	6.390.290	337	1.162.650	18,19%
SET/2013	6.390.290	338	1.166.100	18,25%
OUT/2013	6.390.290	348	1.200.600	18,79%
NOV/2013	6.390.290	359	1.238.550	19,38%
DEZ/2013	6.390.290	349	1.204.050	18,84%
JAN/2014	6.429.923	350	1.207.500	18,78%
FEV/2014	6.429.923	348	1.200.600	18,67%
MAR/2014	6.429.923	354	1.221.300	18,99%
ABR/2014	6.429.923	354	1.221.300	18,99%
MAI/2014	6.429.923	363	1.252.350	19,48%
JUN/2014	6.429.923	364	1.255.800	19,53%
JUL/2014	6.429.923	364	1.255.800	19,53%
AGO/2014	6.429.923	367	1.266.150	19,69%
SET/2014	6.429.923	369	1.273.050	19,80%
OUT/2014	6.429.923	369	1.273.050	19,80%
NOV/2014	6.429.923	362	1.248.900	19,42%
DEZ/2014	6.429.923	358	1.235.100	19,21%
JAN/2015	6.453.682	363	1.252.350	19,41%
FEV/2015	6.453.682	357	1.231.650	19,08%
MAR/2015	6.453.682	350	1.207.500	18,71%
ABR/2015	6.453.682	351	1.210.950	18,76%
MAI/2015	6.453.682	364	1.255.800	19,46%
JUN/2015	6.453.682	361	1.245.450	19,30%
JUL/2015	6.453.682	366	1.262.700	19,57%
AGO/2015	6.453.682	363	1.252.350	19,41%
SET/2015	6.453.682	371	1.279.950	19,83%
OUT/2015	6.453.682	360	1.242.000	19,24%
NOV/2015	6.453.682	363	1.252.350	19,41%
DEZ/2015	6.453.682	361	1.245.450	19,30%
JAN/2016	6.476.631	371	1.279.950	19,76%
FEV/2016	6.476.631	383	1.321.350	20,40%
MAR/2016	6.476.631	386	1.331.700	20,56%
ABR/2016	6.476.631	388	1.338.600	20,67%

MAI/2016	6.476.631	387	1.335.150	20,61%
JUN/2016	6.476.631	395	1.362.750	21,04%
JUL/2016	6.476.631	403	1.390.350	21,47%
AGO/2016	6.476.631	407	1.404.150	21,68%
SET/2016	6.476.631	419	1.445.550	22,32%
OUT/2016	6.476.631	422	1.455.900	22,48%
NOV/2016	6.476.631	423	1.459.350	22,53%
DEZ/2016	6.476.631	445	1.535.250	23,70%
JAN/2017	6.498.837	454	1.566.300	24,10%
FEV/2017	6.498.837	456	1.573.200	24,21%
MAR/2017	6.498.837	456	1.573.200	24,21%
ABR/2017	6.498.837	457	1.576.650	24,26%
MAI/2017	6.498.837	453	1.562.850	24,05%
JUN/2017	6.498.837	448	1.545.600	23,78%
JUL/2017	6.498.837	447	1.542.150	23,73%
AGO/2017	6.498.837	453	1.562.850	24,05%
SET/2017	6.498.837	454	1.566.300	24,10%
OUT/2017	6.498.837	458	1.580.100	24,31%
NOV/2017	6.498.837	436	1.504.200	23,15%
DEZ/2017	6.498.837	434	1.497.300	23,04%

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados do Departamento de Atenção Básica/MS.