

A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil

Financial crisis and healthcare: the case of the municipality of Rio de Janeiro, Brazil

Gisele O'Dwyer (<https://orcid.org/0000-0003-0222-1205>)¹

Leonardo Graever (<https://orcid.org/0000-0003-2027-8061>)²

Fernanda Adães Britto (<https://orcid.org/0000-0003-3393-8735>)¹

Tatiane Menezes (<https://orcid.org/0000-0001-7033-6421>)²

Mariana Teixeira Konder (<https://orcid.org/0000-0002-7787-4983>)³

Abstract *This study aimed to portray the effects of the Brazilian financial crisis, and especially in Rio de Janeiro in the 2013-18 period. We analyzed revenues, expenditure, service provision, and health performance indicators from free access and restricted data. We adopted the Giddens' Structuration Theory. Revenues and expenditures shrunk, and this reduction was higher for investments and unlinked revenues. The provision of services declined, resulting in decreased primary care coverage, outpatient production, total hospital admissions, number of beds, doctors, community health workers, surgeries performed, and hospital occupancy rate. An increase was observed in waiting times for ambulances, exams and outpatient visits, as well as the number of pending requests in regulation. Health and performance indicators remained mostly unchanged, within previous parameters, corroborating the care capacity of PHC, despite financial and structural contingencies imposed by austerity. The current situation threatens the right to health, and governmental response, such as unlinking revenues, point to an increased risk of this occurrence.*
Key words *Public Policy, Primary Health Care, Healthcare, Healthcare Financing, Service Indicators.*

Resumo *Este estudo explorou os efeitos da crise financeira nas receitas e despesas, na produção de serviços e indicadores de saúde e de desempenho no município do Rio de Janeiro no período de 2013 a 2018. Analisou-se receitas, despesas, parâmetros de provisão de serviços e indicadores de desempenho e de saúde, a partir de dados de acesso livre e restrito. Utilizou-se a análise institucional de Giddens. As receitas e despesas sofreram redução, sendo maiores nos investimentos e receitas não vinculadas. A provisão de serviços encolheu, com queda da cobertura na Atenção Primária, produção ambulatorial, internações totais, número de leitos, médicos e agentes comunitários de saúde, cirurgias realizadas e taxa de ocupação de hospitais. Os tempos de espera para ambulâncias, exames e consultas ambulatoriais, bem como o número de solicitações pendentes na regulação aumentaram. Indicadores de saúde e desempenho persistiram, em sua maioria, dentro dos parâmetros anteriores, corroborando a potência assistencial da Atenção Primária, apesar do impacto financeiro e estrutural da austeridade. A conjuntura atual ameaça o direito à saúde e as respostas governamentais, como a desvinculação de receitas, sinalizam uma ampliação desse risco.*
Palavras-chave *Política Pública, Atenção Primária à Saúde, Assistência à Saúde, Financiamento da Assistência à Saúde, Indicadores de Serviços.*

¹ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. odwyer@ensp.fiocruz.br

² Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

A despeito de, no Brasil, a saúde integrar a seguridade social, assumindo a condição de direito universal previsto na Constituição de 1988, o país destoa de outros que dispõem de sistemas universais, sobretudo no que se refere aos gastos governamentais em saúde e provisão de serviços¹.

Há consenso entre os analistas de políticas de saúde de que os maiores desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) são políticos. A garantia do financiamento do subsistema público, a redefinição da articulação público-privada, que tem favorecido o mercado a partir de incentivos e subsídios fiscais, e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde, são questões a serem superadas²⁻⁵. Enquanto as despesas do SUS aumentaram 0,5%, em valores reais de 2012 a 2016, a receita bruta dos planos e seguros de saúde, no mesmo período, cresceu em 27,0%¹.

De todo modo, ao longo dos 30 anos de constituição, houve considerável ampliação e diversificação de equipamentos e serviços de saúde, além de substancial aumento de número de médicos, enfermeiros e dentistas atuando no sistema⁵.

Em relação à atenção primária no Brasil, os avanços compreendem a ampliação da oferta, facilitação do acesso, maior disponibilidade de serviços de procura regular com impactos positivos sobre a saúde da população⁶. Apesar de não ser possível isolar os efeitos da atenção primária, é bastante plausível que o resultado da redução das taxas padronizadas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (IC-SAPS), de 45% entre 2001 e 2016, esteja vinculado ao avanço da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil em sinergia com políticas sociais implementadas pela gestão federal, que proporcionaram importante redução da pobreza com efeitos comprovados na saúde^{3,7}. Entre 1998 e 2018, a cobertura nacional da ESF passou de 4% para 74%, integrando ao sistema de saúde mais de 147 milhões de pessoas.

Embora haja espaço para ampliação e melhorias das ações e serviços de saúde, o SUS encontra novos desafios no atual contexto de crise financeira que estabelece restrições orçamentárias aos gastos sociais. As dificuldades se acentuam a partir de 2016 após a promulgação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016⁸, que impõe uma agenda austera ao sistema de Seguridade Social, com forte impacto para a saúde. O novo regime

fiscal aprovado pela maioria dos parlamentares da Câmara dos Deputados e Senado congela o gasto primário federal nos próximos 20 anos, afetando gravemente os direitos sociais constituídos. Estima-se que a EC 95 diminua a proporção dos gastos federais em saúde de 1,8% para 1,45% ou 1,2% ou 0,99%, a depender da taxa de crescimento do PIB¹. A austeridade fiscal no Brasil e a consequente perspectiva de redução de investimento em programas sociais (Programa Bolsa Família e a ESF) podem impactar na mortalidade infantil, já que a pobreza é um dos mais importantes determinantes sociais de saúde infantil. A austeridade também contribuirá com morte de crianças por doenças preveníveis e aumento da hospitalização infantil⁷.

Diante desse cenário de intensificação dos constrangimentos econômicos e sociais, é oportuna a análise dos seus efeitos sobre as diversas regiões. O estado do Rio de Janeiro tem sido o epicentro de diversas crises no país. Potência petrolífera, recente sede de megaeventos, como os Jogos Olímpicos de 2016, fonte de diversos escândalos políticos, e ao mesmo tempo gerador de inovações especialmente na saúde⁹.

Especificamente em relação ao município do Rio de Janeiro, observa-se que o cenário de crise tem gerado efeitos negativos na gestão, organização e acesso aos serviços de saúde. As consequências são mais graves no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), cuja estruturação foi tardia quando comparada a outras grandes capitais. A APS ganhou centralidade na agenda governamental em 2009 com o projeto intitulado Saúde Presente, a partir da parceria com Organizações Sociais na gestão e provisão dos serviços. Além da ampliação da cobertura de saúde da família alcançando 70% ao final de 2016, o projeto investiu na formação da força de trabalho para o SUS, com a criação dos programas de residências em Medicina de Família e Comunidade e Enfermagem em Saúde da Família, no aprimoramento de habilidades e ferramentas de gestão, como a descentralização dos recursos orçamentários, e no desenho do sistema de incentivos financeiros com indicadores de desempenho das equipes de ESF⁹.

Este estudo explorou os efeitos da crise financeira nas receitas e despesas, na produção e no desempenho de serviços de saúde no município do Rio de Janeiro no período de 2013 a 2018. Espera-se com os resultados subsidiar a formulação de novos caminhos que assegurem melhores resultados em saúde para a população.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo com ênfase na APS. A partir de análise documental e análise estatística simples de dados secundários de acesso livre e restrito, examinou-se o comportamento de receitas, despesas, parâmetros de provisão de serviços e indicadores de desempenho e de saúde. A análise das receitas e despesas referentes à saúde no município do Rio de Janeiro compreendeu o período de 2013 a 2018, pela disponibilidade de dados e importância da análise da evolução dos parâmetros nesse período. O período de análise dos dados referentes à provisão de serviços e indicadores de saúde foi de 2016 a 2018. Realizou-se corte temporal iniciado em 2016 pela maior disponibilidade de todos os parâmetros analisados e por ter sido o ano da publicação da EC nº 95/2016. O ano de 2018 é o último com disponibilidade integral de dados para fins de comparação.

O levantamento dos dados foi estruturado em cinco dimensões para o sistema de saúde: financiamento, acesso, recursos humanos, regulação e gestão e indicadores assistenciais. Os parâmetros foram escolhidos considerando três aspectos: capacidade de mensurar o desempenho do sistema de saúde e seus custos, disponibilidade nos sistemas de informação oficiais e/ou na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e possibilidade de comparação com dados semelhantes.

Os dados de financiamento para análise de receitas (receitas do município destinadas à saúde; transferências de recursos SUS da União por bloco de financiamento; receitas oriundas de impostos e transferências constitucionais e legais vinculadas à saúde) e despesas (despesas de fontes municipais próprias do município com Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS), por tipo (investimento e custeio) foram extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), acessado a partir do site <http://siops.datasus.gov.br> (consulta por ano, 6º bimestre). Os dados foram deflacionados, utilizando-se o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), convertidos a valores de dezembro de 2018. O estágio de despesa considerado na consulta foi a liquidação, uma vez que nesta fase de execução orçamentária o serviço foi prestado no referido exercício fiscal. Esse conceito vem sendo recomendado nos manuais de contas de saúde¹⁰. Consultou-se Diário Oficial

do município para verificar nomeações em cargos de gestão no período estudado.

Os efeitos da crise foram classificados em 4 dimensões: acesso; recursos humanos; regulação e gestão; e financiamento. As variáveis das dimensões acesso, recursos humanos e regulação e gestão tiveram como fonte: e-Gestor, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH), Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema Nacional de Regulação (SISREG), Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro e Contratos de Gestão. Os indicadores de saúde e desempenho foram extraídos do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema Nacional do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Embora a análise de desempenho tenha incluído indicadores relacionados à rede de atenção à saúde como um todo, incluindo APS, regulação, e atenção hospitalar, ênfase foi dada à análise de indicadores referentes à APS, pelo fato de terem sido aplicados neste nível de atenção as maiores reduções financeiras e conseqüentemente a maior contração de serviços oferecidos.

Analisaram-se os dois Planos Municipais de Saúde (PMS) que englobaram o período estudado. Observaram-se, visando comparação, os seguintes critérios apresentados nos PMS: atenção básica; atenção às urgências; saúde mental; assistência farmacêutica; meta de indicadores; e diretrizes.

A análise se baseou na Teoria da Estruturação de Giddens¹¹, em que as propriedades estruturais do sistema social são meio e resultado das práticas sociais. A estrutura é composta por regras e recursos. As regras são normativas, no que se refere a direitos e obrigações, e semânticas, referidas ao significado qualitativo e processual das práticas. Os recursos são alocativos, referentes a bens materiais, e autoritativos, referentes ao poder. Neste estudo utilizou-se a análise institucional, que examina as propriedades estruturais por meio da análise do modo como as regras (legislação, protocolos) e recursos (humanos, financeiros, de estrutura física) influenciam as ações sociais¹¹. Foi elaborada uma síntese dos dados levantados nas diferentes fontes a partir da Teoria de Estruturação de Giddens, considerando as dimensões estruturais.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.

Resultados e Discussão

Nessa etapa são expostos os dados de financiamento, seguidos do balanço dos efeitos da crise financeira sobre as dimensões envolvidas na gestão e provisão de serviços de saúde no município do Rio de Janeiro. Em seguida são mostrados os indicadores assistenciais no recorte estudado. Por fim, apresenta-se uma comparação comentada dos Planos Municipais de Saúde vigentes no período e uma análise do contexto institucional à luz do referencial da Teoria da Estruturação.

Na Tabela 1, observa-se que de 2013 a 2017 as receitas do município destinadas à saúde sofreram decréscimo continuado, alcançando um acumulado de 16,3% entre 2013 e 2017, exibindo uma retomada apenas em 2018, de 4,4% em relação a 2017.

Além disso, as transferências de recursos SUS da União também oscilaram com decréscimos em 2014, 2015 e 2017, de 4%, 16% e 8%, respectivamente. As transferências da União relacionadas à Atenção Primária e à Alta e Média Complexidade sofreram reduções correlatas em 2014, 2015 e 2017, de 2%, 9% e 5% para APS e 8%, 16% e 9% para a Alta e Média Complexidade. Quando observamos o item “outras transferências de recursos SUS” identifica-se um encolhimento acentuado de recursos, saindo de quase 107 milhões de reais em 2013 para pouco menos de 19 milhões em 2017, representando uma redução de 82% em 4 anos. Em 2018, essas transferências começam a aumentar, sinalizando uma recuperação parcial, sem, contudo, retornar aos patamares de 2013-14.

As receitas oriundas de impostos e transferências constitucionais e legais vinculadas à saúde sofreram decréscimo continuado nas três esferas até 2017, exceto pelo ano de 2016 na esfera federal. No ano de 2018, ocorre uma retomada dessas receitas, sem novamente haver recuperação dos patamares de 2013-14.

Os recursos próprios aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) superaram os 15% mandatórios para a esfera municipal em todo o período sinalizado, atingindo 25,7% em 2017. No entanto, após uma oscilação com aumentos de 7% no período de 2013-14 e de 22% no período de 2015-16, verificaram-se reduções expressivas nos últimos dois anos de cerca de 800 milhões no acumulado. Embora não tenha havido perda de receitas, o município reduziu o percentual de aplicação de recursos próprios em saúde em 2018, saindo de 25,7% para 21,1%. As despesas de investimento que apresentaram aumentos significativos, de 50%, 237% e 71%

em 2014, 2015 e 2016, respectivamente, sofreram queda acentuada em 2017 saindo de pouco mais de 154 milhões de reais referentes ao ano de 2016 para 2,4 milhões em 2017, redução de 98%. Em 2018, essa despesa se equipara ao patamar de 2014 com 29,6 milhões de reais investidos. As despesas de custeio que sofrem reduções entre 2013 e 2017, salvo pelo ano de 2016, caem mais 424 milhões em 2018.

Os dados apresentados no Quadro 1 buscam prover um panorama amplo da repercussão da crise fiscal sobre o setor saúde no município do Rio de Janeiro.

Na dimensão Acesso observamos que embora a cobertura populacional pela Atenção Primária à Saúde entre 2016 e 2017 ainda tenha apresentado um incremento de 3,3%, no período entre 2017 e 2018, termina por sofrer uma redução de 8,4%. Considerando que uma cobertura superior a 70% de ESF, se sustentada por 4 anos, é favorável à redução da mortalidade infantil, que no caso do Rio de Janeiro já atingiu uma redução de 22%¹², a queda da cobertura da ESF para um patamar menor do que 70% foi um retrocesso.

A cobertura de Saúde Bucal sofreu maior impacto, com reduções sistemáticas de 4,5% e 11,5%, no período observado. A produção ambulatorial total, que repercute sobre todos os pontos de atenção, teve redução de 6,8% no período 2016-17, com uma recuperação parcial, 3,7%, no período 2017-18. As internações hospitalares totais, parâmetro que reflete o volume de produção da assistência hospitalar, ainda apresentou no período 2016-17 um incremento de 6%. Contudo, no período 2017-18, esse parâmetro sofreu decréscimo de 5,2%.

Na dimensão Recursos Humanos, observa-se uma redução sistemática do número de médicos, tanto daqueles que trabalham na APS, quanto daqueles envolvidos com a assistência de alta e média complexidade. O contingente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também vem sofrendo redução. Entre 2016 e 2017, as reduções foram menos intensas, havendo diminuição de 1,2%, 1,8% e 2,4% na quantidade de médicos da APS, médicos não APS e ACS, respectivamente. Entre 2017 e 2018, no entanto, as reduções foram de 11,1%, 9,4% e 10,4%, respectivamente.

A provisão e fixação de médicos em áreas socialmente desfavorecidas atinge especialmente a APS, onde apenas 23,5% dos médicos brasileiros atuam¹³. O município do Rio de Janeiro investiu fortemente na qualificação e fixação do médico de família através dos diversos programas de residência médica em saúde da família e comunida-

Tabela 1. Receitas e Despesas relacionadas às Ações e Serviços Públicos de Saúde no Município do Rio de Janeiro, 2013-2018¹ (em milhares de reais)

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Receitas ²	18.562.442	17.901.773	16.876.377	16.275.144	15.544.370	16.221.947
Transferências de Recursos SUS da União	1.826.875	1.746.881	1.465.522	1.541.717	1.417.807	1.539.006
Atenção Básica	410.701	404.410	367.087	413.372	392.548	411.132
Atenção de Média e Alta Complexidade	1.295.753	1.198.424	1.003.005	1.003.802	916.912	963.339
Vigilância em Saúde	70.575	75.754	56.517	70.543	67.024	69.632
Assistência Farmacêutica	40.108	41.043	34.055	40.512	35.102	33.242
Gestão do SUS	1.927	324	0	189	104	100
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	7.001	23.252	4.282	13.299	6.118	0
Demais transferências da união	809	3.675	576	0	0	61.561
Outras transferências de Recursos SUS ³	106.986	106.342	42.035	32.193	18.890	50.686
Impostos e transferências constitucionais e legais vinculadas à saúde ⁴	16.628.582	16.048.550	15.368.820	14.701.235	14.107.672	14.632.255
Municipais	12.420.874	11.970.429	11.510.686	11.061.656	10.578.248	10.921.325
Estaduais	3.866.991	3.740.556	3.577.326	3.340.007	3.246.768	3.421.155
União	340.717	337.565	280.807	299.572	282.656	289.776
Despesas Total com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)	5.205.984	5.091.907	4.897.081	5.396.085	5.000.751	3.381.462
Despesas de Investimentos	17.841	26.729	90.176	154.147	2.483	29.653
Despesas de Custeio	5.188.142	5.065.178	4.806.905	5.241.938	4.998.267	3.351.809
Despesas com Recursos Próprios	3.230.169	3.339.564	3.216.437	3.746.410	3.627.571	3.086.726
Percentual de recursos próprios aplicados em ASPS	19,4%	20,8%	20,9%	25,5%	25,7%	21,1%

Fonte: Elaboração própria. SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Notas: 1 - O estágio de despesa considerado na consulta foi a liquidação, uma vez que nesta fase de execução orçamentária o serviço foi prestado no referido exercício fiscal. Esse conceito vem sendo recomendado nos manuais de contas de saúde (Vieira e Piola10). 2 - Demais transferências da união inclui as seguintes rubricas detalhadas no SIOPS: Outras transferências Fundo a Fundo, Convênios, Outras transferências da União. 3 - Outras transferências de recursos SUS inclui as seguintes rubricas detalhadas no SIOPS: Receitas decorrentes de prestação de serviços ao Estado, outros Municípios e Instituições privadas, Remuneração de depósitos bancários e Receita de outros serviços de saúde. 4 - Compreendem os componentes dos impostos e transferências constitucionais e legais vinculadas à saúde: Municipal - Imposto sobre a propriedade territorial rural (ITR), Imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana (IPTU), Imposto de Renda (IRRF), Imposto sobre a transmissão de bens imóveis (ITBI), Imposto sobre serviços de qualquer natureza (ISS), além de multas, juros de mora e dívida ativa; União - Cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e do ITR e o recurso referente a Lei Kandir; Estado - Cota-parte do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS), Imposto sobre a propriedade de veículos automotores (IPVA) e do Imposto sobre produtos industrializados (IPI Exportação). Valores de 2018 - IPCA (IBGE). Os valores originais foram divididos por mil.

de, a partir de 2012. As ameaças de corte de equipes que se iniciaram em 2018, gerando greves na APS do Rio de Janeiro, geraram insegurança para o bem-sucedido projeto de formação de médicos especialistas para a ESF, diminuindo a procura e a ocupação de vagas do Programa de Residência em Medicina de Família da SMS Rio.

Mesmo em país cujo sistema de saúde não é universal e a APS não é ordenadora do cuidado, como os EUA, estudos recentes demonstraram associação entre aumento do número de médicos de atenção primária e redução da mortalidade por doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias, e aumento da expectativa de vida¹⁴.

A diminuição no número de ACS demonstra um alinhamento com a PNAB 2017, que prevê

menos profissionais por equipe, possibilitando ao gestor local o corte de postos de trabalho para diminuir custos. Revisão sistemática sobre a atuação de agentes comunitários em países de baixa e média renda evidenciou aumento da qualidade em intervenções, como mudanças comportamentais nos pacientes, melhor uso dos serviços, adesão a protocolos e tratamentos, além de competência técnica dos agentes¹⁵. Revisão sistemática de estudos brasileiros apontou que os ACS realizam intervenções benéficas em diversos campos, em especial no materno-infantil. Vários fatores explicam o potencial benefício do ACS: por serem moradores locais, estabelecem forte compromisso e confiança com a população que atendem; conhecem os recursos locais favorecen-

Quadro 1. Efeitos da crise da saúde no Município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2016 a 2018.

Dimensões	Parâmetros	Pontos de Atenção de Referência	Unidade de Medida	2016	2017	2018
Acesso	Cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família	APS	Percentual	68,6%	70,9%	64,9%
	Cobertura populacional de Equipes de Saúde Bucal	APS	Percentual	32,0%	30,6%	27,1%
	Produção ambulatorial total	Todos	Quantidade aprovada	60.064.297	55.964.458	58.061.988
Recursos Humanos	Internações hospitalares totais	AH	Quantidade aprovada	150.814	159.829	151.473
	Equipes de Saúde da Família sem médicos	APS	Percentual	5,9%	3,6%	8,0%
	Médicos Total ¹	Todos	Nº profissionais	9.906	9.742	8.778
	Médicos APS ¹	APS	Nº profissionais	2.774	2.740	2.435
	Agentes Comunitários de Saúde ¹	APS	Nº profissionais	6.803	6.642	5.935
	Tempo de resposta de ambulância para urgências da Atenção Primária ¹	Todos	Horas	01:18:13	01:56:06	03:06:00
Regulação e Gestão	Leitos municipais cadastrados no SCNES ¹	AH	Unidade	4.742	4.617	4.351
	Oferta de leitos ao sistema de regulação	AH	Unidade	20.003	16.329	13.754
	Oferta de vagas para exames e consultas com especialista	AE	Unidade	1.425.101	1.283.642	1.211.752
	Agendamentos de consultas e exames no sistema de regulação em tempo oportuno (≤90 dias)	AE	Unidade	1.425.101	1.150.499	1.045.436
	Tempo Médio de Espera para consultas eletivas na Atenção Especializada	AE	Dias	47	85	88
	Média de solicitações pendentes para consultas e exames com mais de 90 dias de inserção no sistema de regulação	AE	Unidade	115.967	93.690	148.649
	Taxa de Ocupação das unidades hospitalares municipais ²	AH	Percentual	70,7%	71,6%	68,4%
	Cirurgias realizadas ³	AE e AH	Quantidade aprovada	622.501	558.539	519.500
	Despesa liquidada com Ações e Serviços Públicos de Saúde por ano ⁴	APS	Percentual	27,5%	43,2%	25,5%
	Receita própria destinada às Ações e Serviços Públicos de Saúde	Todos	Reais	R\$ 5.396.084,96	R\$ 5.000.750,79	R\$ 3.381.462,22
Sistema de incentivos / 14º salário	Todos	Percentual	25,5%	25,8%	21,1%	
			Sistema de incentivos financeiros vinculado ao cumprimento de metas de desempenho em indicadores selecionados	Exclusão do Sistema de Incentivos	Exclusão do Sistema de Incentivos	Exclusão do Sistema de Incentivos

Elaboração própria.

Fonte: Plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV); SIOPS, SCNES; SIA; SIH.

Legenda: APS - Atenção Primária em Saúde; AH - Atenção Hospitalar; AE - Atenção especializada; Todos - Todos os pontos de Atenção.

Notas: 1 - Dados referentes à última competência do ano (dezembro). 2 - A taxa de ocupação levou em consideração as diárias apresentadas pelas unidades hospitalares municipais por ano e os leitos cadastrados no CNES.

3 - Para o número de cirurgias realizadas foram excluídos os partos, uma vez que a sua execução está vinculada à incidência de nascidos vivos no ano de referência e não ao desempenho da rede. 4 - Valores de 2018 - IPCA (IBGE).

do a mobilização social; e são hábeis em produzir competências culturais, um atributo chave para a APS¹⁶.

Em cenário de crise financeira, o modelo de gestão baseado em contrato com organização social mostra-se mais suscetível a reajustes e contingenciamento pela flexibilidade dos contratos, do que despesas vinculadas da prefeitura, como, por exemplo, a folha de pagamento do servidor público estatutário, podendo agravar questões orçamentárias como um todo, com destaque para a provisão de profissionais de saúde.

Na dimensão Regulação e Gestão, o tempo de resposta de ambulâncias para urgências na APS sofreu incrementos significativos em todo o período estudado, aumentando 48,4% entre 2016 e 2017 e, subsequentemente, mais 60,2% entre 2017 e 2018. Esse aumento é preocupante pelo potencial prejuízo para a condição clínica e sobrevivência do paciente.

Os leitos municipais cadastrados no SCNES sofreram redução de 3,6% entre 2016 e 2017, e de 5,8% entre 2017 e 2018. A oferta de leitos ao sistema de regulação caiu 18,4% no período 2016-17 e 15,8% no período 2017-18. Esse cenário de diminuição da disponibilidade de leitos para o sistema de regulação acentua a dificuldade de acesso ao leito hospitalar na Rede de Urgências do município¹⁷.

A oferta de vagas para exames e consultas com especialistas teve decréscimo de 9,9% no período 2016-17 e de 5,6% no período 2017-18. A média mensal de solicitações pendentes no sistema de regulação sofreu incremento de 58% entre 2017 e 2018.

A taxa de ocupação das unidades hospitalares municipais caiu 4,6% entre 2017 e 2018. As cirurgias realizadas sofreram encolhimento de 10,3% no período de 2016-17 e de 7,0% no período de 2017-18, totalizando 16,5% no período.

A taxa de ocupação das unidades hospitalares municipais se mantém fora do intervalo ótimo recomendado pela literatura internacional, entre 75-85%¹⁸, com tendência de queda entre 2017 e 2018. A redução da produção cirúrgica nas unidades municipais repercutirá nas atualmente longas filas de espera por cirurgias eletivas. Menor oferta de vagas para exames e consultas com especialistas aliada ao incremento da média mensal de solicitações pendentes para consultas e exames no sistema de regulação refletem uma restrição de oferta, com consequente redução do acesso.

Quanto à dispensação de medicamentos na APS, observou-se que o percentual médio de me-

dicamentos essenciais dispensados cujo estoque ficou zerado foi de 27,5%, 43,2% e 25,5% em 2016, 2017 e 2018, respectivamente. O número de medicamentos com estoque mensal zerado variou de 13 a 94, de um total de 175, em 2016. Em 2017, variou de 9 a 125, e, em 2018, de 26 a 63.

Para os indicadores de saúde e desempenho na APS (Quadro 2) observa-se manutenção de resultados favoráveis, como nas ICSAPS, na proporção de usuários portadores de HIV com carga viral indetectável e na proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial. A proporção de ICSAPS é um dos resultados que incontestavelmente ilustra o benefício do investimento em APS ocorrido no município nos últimos anos, onde houve redução na taxa de hospitalização particularmente por doenças cardiovasculares e asma, incluindo doenças evitáveis por vacinação, doenças cardiovasculares, diabetes, deficiências nutricionais e doenças pulmonares crônicas¹⁹. O resultado se mantém estável desde o declínio apresentado após os primeiros anos da implantação da ESF no Rio de Janeiro¹⁹, mantendo-se abaixo da média brasileira. Para os casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano, a redução de casos no período 2016-18 foi de 488 casos.

No campo das doenças infecciosas, houve em 2018 aumento da taxa de cura de tuberculose pulmonar, desafio que o município do Rio de Janeiro enfrenta há décadas. O aumento da carteira de serviços da APS, que incorporou, nos últimos anos, o manejo de boa parte dos casos de pessoas vivendo com HIV, mostra bons resultados no controle da doença, com tendência de aumento da proporção de usuários com carga viral indetectável.

Os serviços de APS foram responsáveis pela inserção de 10.242 dispositivos intrauterinos (DIU) no triênio avaliado. A oferta de métodos contraceptivos de longa duração, como o DIU, é uma ação estratégica para planejamento reprodutivo, pois apresenta os melhores resultados em relação a controle de natalidade, com alta adesão e baixa taxa de complicações e falhas. Quando voltada ao grupo de mulheres de maior risco reprodutivo, tem o potencial de reduzir a morbidade e mortalidade diretamente associadas à gravidez. Também relacionados ao ciclo gravídico puerperal e seu cuidado na APS, houve melhora nos indicadores relacionados à incidência de sífilis congênita e gravidez em adolescentes.

Outros indicadores revelam um desempenho ainda insatisfatório no período considerado, como no caso da proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal e a cobertura vaci-

Quadro 2. Indicadores assistenciais selecionados da APS no município do Rio de Janeiro, 2016-2018

Indicadores	Parâmetros	2016	2017	2018
Gestantes com ≥ 6 consultas de pré-natal ¹		76,5%	81,5	66,5
Cobertura vacinal de Pentavalente (3ª Dose) em Crianças de um Ano ²		98,0%	92,0%	78,6%
Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade		1.582	1.437	1.094
Proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar com confirmação laboratorial		70,8%	66,1%	78,3%
Razão de exames citopatológicos do colo do útero ³		0,43	0,36	0,35
Número de dispositivos intrauterinos inseridos		2.722	3.937	3.583
Taxa de controle glicêmico em diabéticos cadastrados ⁴		-	26,6%	26,2%
Proporção de usuários com carga viral indetectável/número total de usuários que realizaram carga viral no período		77,0%	76,0%	80,4%
Proporção de gravidez na adolescência entre 10 e 19 anos		14,9%	14,1%	13,2%
Internações por condições sensíveis à APS		24,4%	22,9%	23,4%
Mortalidade infantil		12,8	11,2	11,5
Mortalidade materna		74,6	82,9	61,2

Elaboração própria

Legenda: 1 - Até 2016 esse parâmetro era computado como a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. 2 - Cobertura referente a 2018 computada somente até setembro. 3 - Cálculo: (Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos / Número de mulheres de 25 a 64 anos, residentes no respectivo local e ano) / 3. 4 - Esse parâmetro começou a ser computado apenas em 2018

Fonte: Plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV); SISCEL; SINASC; SINAN; SISCOLO; SIM; SIA; SI-PNI.

nal de Pentavalente, com queda mais acentuada a partir de 2017. A razão de coleta de exames citopatológicos do colo do útero persiste também em uma proporção muito baixa e em queda.

Para o indicador da cobertura vacinal, que demonstra queda significativa no ano de 2018, há viés de aferição decorrente da mudança de sistema de informação preconizada pelo Ministério da Saúde. No referido ano o município do Rio de Janeiro apresentou adesão ao Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), sendo a mudança para o registro neste novo sistema o responsável pela queda expressiva no valor da cobertura vacinal registrada.

Parâmetros como a cobertura de exames citopatológicos de colo uterino e a proporção de diabéticos com controle metabólico adequado, ações estratégicas dos serviços de APS, ambos com resultado aquém do desejado, indicam a necessidade de intensificação e qualificação das ações de cuidado nesses pontos de atenção. Tais resultados não permitem avaliar o custo-benefício do investimento ocorrido na APS como desfavorável, mas tão somente perceber que este deve ser mantido, com monitoramento de sua qualidade e efetividade, para que se alcance o desempenho esperado. São metas de difícil alcance

que demandam sustentação de políticas públicas a longo prazo, com resultados insatisfatórios até mesmo em países ricos com sistemas de saúde bem estruturados e APS forte²⁰.

Indicadores de resultado, como mortalidade infantil e materna, têm sido frequentemente usados como argumento para minimizar o impacto da expansão da ESF e justificar a reforma da APS no Rio de Janeiro, uma vez que não apresentaram queda expressiva. Esses indicadores, todavia, são multifatoriais, sendo significativamente influenciados por determinantes sociais e pelo desempenho de demais pontos da rede, além de levarem mais tempo para refletir mudanças implementadas nos sistemas de saúde²¹.

O Quadro 3 apresenta uma comparação comentada dos Planos Municipais de Saúde (PMS) períodos 2014/2017 e 2018/2021. Optou-se pela análise dos PMSs considerando que representam a intencionalidade do governo pactuada com o Conselho Municipal de Saúde, conferindo visibilidade ao ponto de diálogo do gestor com o controle social. Foram 2 os PMSs que englobaram o período 2016/2018, correspondendo a duas gestões de partidos diferentes.

As principais diferenças identificadas localizaram-se na proposta para APS e atenção às ur-

Quadro 3. Destaques dos Planos Municipais de Saúde períodos 2014/2017 e 2018/2021 e análise comparada

Critério	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021	Análise
Atenção Básica	Tratou da expansão e qualidade da APS até 2013	Expansão da cobertura da ESF= 2017 70,6%	A expansão da ESF ocorreu no primeiro plano, entretanto, há expectativa de discreto incremento a partir de 2017
	Em 2016 atinge cobertura de 70,4%	Ampliação do NASF Ampliação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) para 2018	
Atenção às Urgências	Em 2012 as 14 UPAs municipais realizaram 4,2 milhões de atendimentos. Previsão de atingir 5,3 milhões de atendimentos nas UPA em 2017	Para o período 2018-2021 pretende-se ampliar o número de leitos hospitalares, instituir 2 CER e implantar o Prontuário Eletrônico do Cidadão	No primeiro plano o foco está nas UPAs e no segundo, nos hospitais
Saúde Mental	A meta é a substituição dos leitos psiquiátricos de longa permanência com concomitante ampliação de CAPS e residência terapêutica	Implantação CAPS III e CAPS ad III a cada ano. Expansão dos serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) para 128 SRT até o final de 2020	CAPS e SRT com expectativa de expansão.
Assistência Farmacêutica	A REMUME-RIO 2013 contém 386 medicamentos, totalizando 676 itens	A REMUME-RIO 2017 contém 503 medicamentos totalizando cerca 700 itens	Ampliação da REMUME só aparece no segundo plano, em especial para medicamentos
Planejamento	A criação da Subsecretaria de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde (SUBGER)	Criação da Subsecretaria de Regulação, Controle e Avaliação (SUBREG) em 2018	Há mudanças no organograma nos dois planos
Meta de Indicadores	Apresenta os indicadores e forma de cálculo e suas metas. Exemplos: Cobertura de equipes de atenção básica=50% Proporção de ICSAB=30% Proporção de internações de urgência/emergência reguladas = 80% Proporção de parto normal = 43% Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal= 69% Taxa de mortalidade infantil = 11,0 Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera = 78,0	Apresenta os indicadores e forma de cálculo, porém sem estabelecer metas. Há metas físicas em números absolutos. Exemplos: Agendar consultas e exames para até 90 dias da data de solicitação: 73% em 2018 e 80% em 2021 Realizar procedimentos odontológicos ambulatoriais de média complexidade nos CEO: 96.310 em 2018 e 105.065 em 2021	Os indicadores do período 2014-2017, além de indicar uma meta progressiva, consideraram o desempenho alcançado no período anterior a 2014

continua

Quadro 3. Destaques dos Planos Municipais de Saúde períodos 2014/2017 e 2018/2021 e análise comparada

Critério	PMS 2014-2017	PMS 2018-2021	Análise
Diretrizes	Diretriz 1: Efetivar a universalização do acesso aos serviços de saúde com acolhimento e resolutividade em todos os níveis de assistência Diretriz 2: Garantir a continuidade, a qualidade e a humanização do cuidado com vistas à redução das iniquidades por meio de ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância em saúde	Diretriz 1: Fortalecimento da assistência pública de saúde e do respectivo financiamento com ampliação, otimização e maior fiscalização dos recursos destinados ao SUS Diretriz 2: Consolidar o SUS com o desenvolvimento e implantação de políticas que contemplem uma formação em saúde integrada às políticas públicas de saúde, com qualificação da Atenção Primária, incluindo a educação permanente, a educação em saúde, a integração ensino-serviço aliadas a uma política de comunicação e de valorização da formação, do trabalho e do trabalhador, comprometida com a garantia dos direitos sociais, com fortalecimento da participação social e envolvendo o maior número de atores da sociedade civil Diretriz 3: Qualificar o modelo de assistência à saúde e garantir o acesso à rede de atenção com regulação adequada e transparente, em conformidade com: a. o perfil epidemiológico; b. a expansão da atenção primária à saúde e de dispositivos de saúde mental de base territorial; c. da regulamentação das políticas e estratégias de prevenção, promoção da saúde e proteção da vida voltadas para alimentação saudável, tabagismo, controle da obesidade, valorização do parto normal, populações em situação de risco e/ou vulnerabilidade (população em situação de rua, usuários de álcool, crack e outras drogas, população institucionalizada e atenção domiciliar) e abordagem às situações de violência no território	As diretrizes do PMS 2014/2017 tratam da universalização, princípios do SUS, ações de prevenção e promoção, controle social, saúde mental, rede de urgência, complexo regulador, gestão do trabalho e vigilância.
	Diretriz 3: Ampliar espaços de discussão e as informações para a gestão, assegurando a participação e o controle social na elaboração e execução das políticas públicas, respeitando as deliberações do pleno do conselho Municipal de Saúde	Diretriz 4: Defender o Sistema Único de Saúde público, universal e equânime, como previsto na Lei 8.080, consolidando, assim, o modelo de atenção à saúde ampliado, inovador, com a atenção primária estruturante do sistema, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, orientado pelos pilares da regionalização das redes e da hierarquização. Aumentar a cobertura da ESF na 3.1.3.3 a partir de 2020. Aumentar o NASF 2021 Aumentar saúde bucal 2019	As diretrizes do PMS 2018/2021 tratam da fiscalização, formação, controle social, desenvolvimento científico, acesso à rede e qualificação do modelo
	Diretriz 4: Efetivar a política de cuidados aos dependentes químicos, seguindo as diretrizes da reforma Psiquiátrica brasileira	Diretriz 5: Garantir o direito à participação social com novas formas de discussão, implementação e avaliação das ações, programas e estratégias que regulam os serviços, a fim de padronizar a carteira de saúde	Há um destaque para a AP, que não ocorre no PMS anterior. Explícita o aumento da cobertura da ESF e NASF, além de referir-se à saúde mental, e questões como valorização do parto normal, obesidade, tabagismo e violência
	Diretriz 5: Aprimorar a rede de atenção às urgências, articulada às demais redes de atenção	Diretriz 6: Reestruturar o Complexo Regulador Municipal e qualificar o Sistema de Regulação ambulatorial e hospitalar	
	Diretriz 6: Reestruturar o Complexo Regulador Municipal e qualificar o Sistema de Regulação ambulatorial e hospitalar	Diretriz 7: Fortalecer a gestão do trabalho e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde	
	Diretriz 7: Fortalecer a gestão do trabalho e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde	Diretriz 8: Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância em saúde e vigilância sanitária	

Elaboração própria

Fonte: Planos municipais de saúde do Rio de Janeiro

Legenda: PMS Plano Municipal de Saúde; AP Atenção Primária; ESF Estratégia Saúde da Família; NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família; UPA Unidade de Pronto Atendimento; CAPS e CAPS ad Centro de Atenção Psicossocial (álcool e drogas); SRT Serviço de Residência Terapêutica; REMUME Relação Municipal de Medicamentos Essenciais; CER Coordenação de Emergência Regional; CEO Centro de Especialidade Odontológica

gências. Conforme análise do quadro, houve no segundo plano uma promessa de expansão da ESF e NASE. Para as urgências, o foco deslocou-se das UPA para os hospitais. Observou-se mudanças no planejamento do organograma, com criação de novas subsecretarias em ambos governos. No primeiro plano as diretrizes foram mais operacionais e não trataram de financiamento e desenvolvimento científico e tecnológico. No segundo plano há destaque nas diretrizes para a APS e discreta proposta de ampliação. As outras diretrizes são mais conceituais do que operacionais. A proposta para a APS do Plano Municipal de Saúde 2018/2021 não foi privilegiada, considerando que 2018 corresponde ao início da vigência do Plano.

A análise dos indicadores de saúde e desempenho guarda coerência com a fala do prefeito Crivella no discurso de abertura da 3ª Sessão Legislativa da 10ª Legislatura, Rio de Janeiro, 15 de fevereiro de 2019.

Para 2019, a SMS programou ajustes em seu planejamento de forma a equilibrar o orçamento proposto. Com isso, enfrentará o desafio de manter uma grande e complexa Rede Hospitalar, de redesenhar a cobertura de Atenção Primária, de qualificar ainda mais a assistência prestada e de otimizar custos.

O que foi chamado de “redesenhar a cobertura da Atenção Primária” traduziu-se por supressão de equipes de saúde da família, de saúde bucal e de NASE. A opção da gestão municipal de decrescer as receitas para a saúde acompanhou a tendência federal, mas foi uma opção da gestão que contrariou inclusive o Plano Municipal de Saúde, que indicava discreto incremento na cobertura da ESF e NASE.

O Quadro 4 apresenta Análise Institucional da Teoria da Estruturação de Giddens, a partir das regras e recursos que compõem a estrutura, o cenário encontrado e ações resultantes.

Segundo Giddens¹¹, não há um dualismo entre objeto social e ação humana. A mudança social pode ocorrer ou não, dependendo da forma como os atores se utilizam das regras e recursos disponíveis para suas ações. No caso da gestão do Rio de Janeiro houve constrangimento de qualquer ação emancipatória pelas restrições estruturais. O bom desempenho da atenção primária nos últimos anos não foi condição suficiente para uma opção política de manter investimento apesar da crise. Ao sistematizar os elementos conceituais da Teoria da Estruturação, verificou-se que as circunstâncias das ações da gestão do município foram subsidiadas por uma diversidade

de regras e recursos que impactaram a atenção à saúde. Entretanto, é importante considerar que a análise institucional ultrapassa a ação do nível municipal.

Políticas sociais e econômicas bem implementadas melhoram a saúde e diminuem inequidades²². A austeridade e o cenário de reforma neoliberal na Europa vêm ameaçando a sustentabilidade e universalidade de sistemas universais^{23,24}.

No cenário nacional, a EC 95/2016 e a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)²⁵ foram identificados como condicionantes dos rumos adotados na política de saúde do município do Rio de Janeiro no período analisado. A EC 95/2016, fruto de um contestado diagnóstico de desequilíbrio fiscal, representa medida econômica entendida como racionalizadora. Estima-se que a partir do congelamento do orçamento federal da saúde e educação possa haver nos próximos 20 anos uma retirada de cerca de 200 bilhões de dólares do orçamento do SUS²⁶. A última versão da PNAB põe em risco os avanços conquistados pela ESF, como universalidade, integralidade e equidade na atenção²⁷. Além de potencializar desassistência, possibilita escolhas políticas que privilegiem recursos para a média e alta complexidade em detrimento da APS²⁷.

Considerações finais

A crise anunciada como financeira pelo gestor municipal no Rio de Janeiro é uma crise política e social. A austeridade praticada implicou em redução do desempenho do sistema de saúde e houve opção de interromper a centralidade da agenda de consolidação da atenção primária com realinhamento da ênfase na atenção hospitalar.

A representatividade do município perante o país aumenta o risco de labilidade do direito constitucional à saúde, agravando o sentido dos desfechos apresentados.

Dentre os limites do estudo, aponta-se o intervalo de tempo restrito de análise, presumindo-se retrocesso nos benefícios para a saúde advindo da ESF, recém-implantada, em persistindo o desinvestimento atual.

O SUS em risco é uma perda inestimável e o panorama recentemente vivido no Rio de Janeiro é uma ameaça a uma população que convive com todas as mazelas sociais e ambientais das grandes metrópoles. A possível proposta de desvinculação do orçamento da saúde é um agravante incommensurável do atual cenário.

Quadro 4. Análise institucional a partir da Teoria da Estruturação de Giddens

Dimensão estrutural	Característica encontrada	Ação resultante
Propriedade estrutural	Neoliberalismo e crise econômica desde 2008	Contexto internacional, desfavorável
	Agenda de austeridade global	
	Reformas estruturais em sistemas de saúde da União Europeia (Alemanha, Espanha e Inglaterra)	
Regras normativas e semânticas	PNAB 2017	Contexto nacional e local desfavorável
	Eleição em 2018 com substituição de gestão no Executivo federal com perspectiva política alinhada ao paradigma neoliberal	
	Eleição em 2016 com mudança de gestão no Executivo municipal a partir de 2017	
Recursos autoritativos	Múltiplas mudanças de Secretário de Saúde a partir de 2017: (1) Carlos Eduardo de Mattos/Médico Cardiologista/Servidor Público Municipal/Vereador Municipal filiado ao Partido Social Democrático/ Gestão Janeiro a Maio de 2017; (2) - Marco Antônio de Mattos/Médico Cardiologista/Servidor Público Municipal Gestão Maio/2017 a Julho/2018; (3) - Ana Beatriz Busch Araújo/Médica Anestesiologista/Gestão a partir de julho de 2018	Instabilidade política na gestão central da saúde no município do Rio de Janeiro e técnica na área da Atenção Primária a Saúde
	Mudanças de Subsecretário de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) em 03 ocasiões	
	Permanência de subsecretário da Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE) mesmo com a substituição da gestão municipal	
Recursos alocativos	Redução de receitas decorrentes de impostos constitucionais e legais vinculadas a saúde para ações e serviços públicos de saúde no município do Rio de Janeiro em 12% nos últimos cinco anos	Baixa prioridade conferida pela gestão municipal para a saúde
	Diminuição das transferências de recursos da União em 16% nos últimos cinco anos	
	Diminuição do percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde no município do Rio de Janeiro.	

Legenda: SUBPAV Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde; SUBHUE Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência.

Fonte: Elaboração própria. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro.

Colaboradores

Os autores trabalharam igualmente na concepção da pesquisa, coleta e análise dos dados e redação final do artigo.

Referências

- Noronha JC, Noronha GS, Pereira TR, Costa AM. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. *Ciê Saude Colet* 2018; 23(6):2051-2060.
- Ocké-Reis CO. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. *Ciê Saude Colet* 2018; 23(6):2035-2042.
- Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) *Ciê Saude Colet* 2018; 23(6):1903-1913.
- Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciê Saude Colet* 2018; 23(6):1723-1728.
- Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciê Saude Colet* 2018; 23(6):1751-1762.
- Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J, Viana ALD'A. Structural typology of Brazilian primary healthcare units: the 5 Rs. *Cad Saude Publica* 2017; 33(8):e00037316.
- Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. *PLoS Med* 2018; 5(5):e1002570.
- Brasil. Emenda Constitucional Nº 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2016.
- Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciê Saude Colet* 2016; 21(5):1327-1338.
- Vieira FS, Piola SF. *Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União*. Brasília: Ipea; 2016 (Texto para Discussão nº 2225).
- Giddens A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
- Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99(1):87-93.
- Fontes LFC, Conceição OC, Jacinto PA. Evaluating the impact of physicians' provision on primary health-care: Evidence from Brazil's More Doctors Program. *Health Econ* 2018; 27(8):1284-1299.
- Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips RS. Association of Primary Care Physician Supply with Population Mortality in the United States, 2005-2015 *JAMA Intern Med* 2019; 179(4):506-514.
- Ballard M, Montgomery P. Systematic review of interventions for improving the performance of community health workers in low-income and middle-income countries. *BMJ Open* 2017; 7:e014216.
- Giugliani C, Harzbeim E, Duncan MS, Duncan BB. Effectiveness of Community Health Workers in Brazil. A Systematic Review. *J Ambulatory Care Manage* 2011; 34(4):326-338.
- Konder MT, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. *Physis Revista de Saude Coletiva* 2019; 29(2):e 290203.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Chapter 39: Bed occupancy. In: *Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organization* [livro na Internet]. 2018 Mar (NICE Guideline 94). [acessado 2019 Mar 19]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence>
- Pimenta L, Dutra VGP, Castro ALB, Guimarães RM. Analysis of conditions sensitive to primary care in a successful experience of primary healthcare expansion in Brazil, 1998-2015. *Public Health* 2018; 162:32-40.
- Lipska KJ, Yao X, Herrin J, McCoy RG, Ross JS, Steinman MA, Inzucchi SE, Gill TM, Krumholz HM, Shah ND. Trends in Drug Utilization, Glycemic Control, and Hypoglycemia. *Diabetes Care* 2017; 40(4):468-475.
- Wheatley L. *Factors affecting child mortality* [Tese]. Chattanooga: University of Tennessee; 2015.
- Friel S, Marmot MG. Action on the Social Determinants of Health and Health Inequities Goes Global. *Ann Rev Public Health* 2011; 32:225-236.
- Giovanella L. "Austerity" in the English National Health Service: fragmentation and commodification – examples not to follow. *Cad Saude Publica* 2016; 32(7):e00092716.
- Giovanella L, Stegmüller K. The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. *Cad Saude Publica* 2014; 30(11):2263-2281.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*; 2017.
- Vieira FS, Benevides RPS. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil* [nota técnica na Internet]. Brasília: IPEA; 2016 (Nota Técnica nº 28). [acessado 2017]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf
- Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saude Debate* 2018; 42(116):11-24.

Artigo apresentado em 04/01/2019

Aprovado em 12/07/2019

Versão final apresentada em 09/08/2019

