



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Aline da Silva Barbosa Ferreira

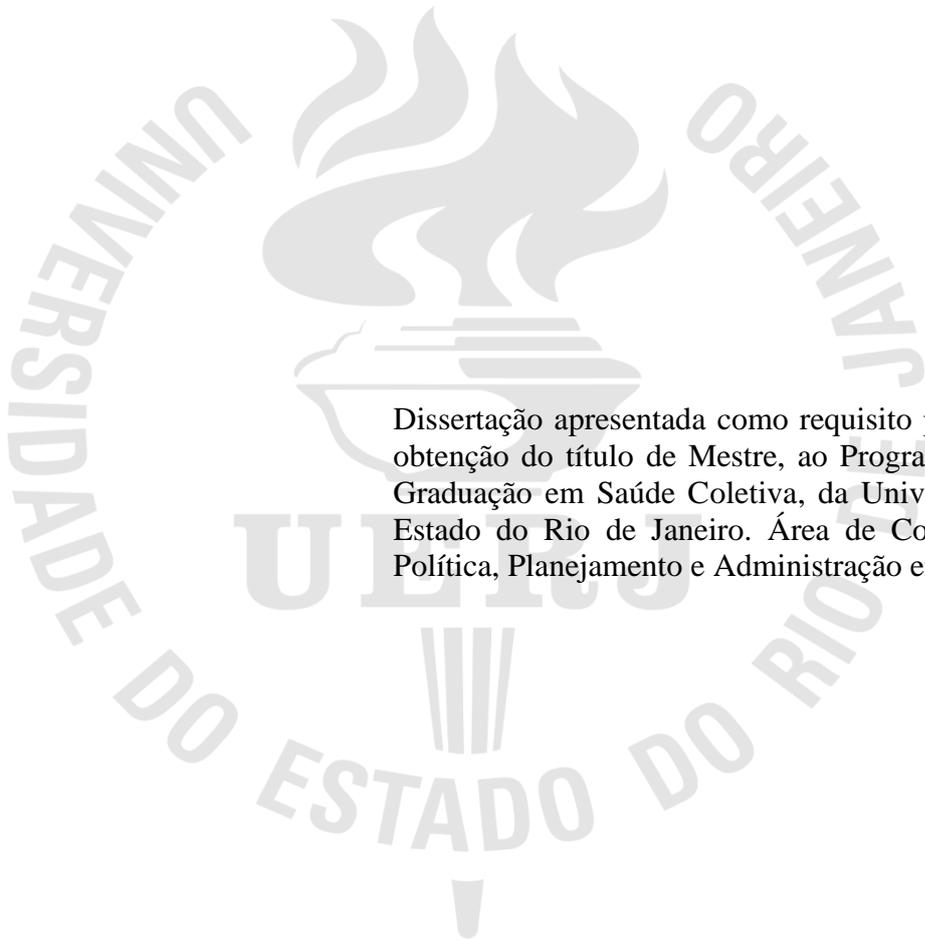
**O financiamento estadual da Atenção Primária no Rio de Janeiro:
caminhos e perspectivas**

Rio de Janeiro

2022

Aline da Silva Barbosa Ferreira

O financiamento estadual da Atenção Primária no Rio de Janeiro: caminhos e perspectivas



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Silveira Ney

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

F383	Ferreira, Aline da Silva Barbosa
	O financiamento estadual da Atenção Primária no Rio de Janeiro: caminhos e perspectivas / Aline da Silva Barbosa Ferreira. – 2022. 106 f.
	Orientadora: Profa. Dra. Marcia Silveira Ney
	Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.
	1. Financiamento da assistência à saúde - Rio de Janeiro (Estado) - Teses. 2. Atenção Primária à Saúde - Economia - Teses. 3. Gestão em saúde – Teses. 4. Sistema Único de Saúde – Teses. 5. Política de saúde – Teses. 6. Regionalização da saúde – Teses. I. Ney, Marcia Silveira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.
	CDU 614(815.3)

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Aline da Silva Barbosa Ferreira

O financiamento estadual da Atenção Primária no Rio de Janeiro: caminhos e perspectivas

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 26 de agosto de 2022.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Marcia Silveira Ney
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Eduardo Levcovitz
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dra Márcia Fausto
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2022

Dedico este trabalho a minha filha Sophia, que me dá o prazer de amá-la incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

Nunca imaginaria que viveria um processo de aprendizagem tão intenso em meio a uma pandemia devastadora. Por tudo o que passamos nesses últimos dois anos, só tenho gratidão por estar finalizando mais uma etapa na minha vida profissional e pessoal viva e com saúde. Muitas foram as marcas deixadas ao longo da trajetória, marcas de medo, exaustão, euforia, otimismo, que me fizeram parar e progredir na medida da minha maturidade de encarar e viver a realidade.

Sou grata a **Deus**, pelo apoio sempre presente, pelo fôlego de vida e pela fé que me move.

Também sou grata pelo meu marido **Wallace**, por ter me motivado e me mostrado que eu posso fazer tudo o que eu quiser. À nossa filha **Sophia**, nosso raio de sol, que me dá forças pra continuar. Minha conquista é sua, filha!

Aos meus **pais**, que sempre acreditaram na educação como transformadora de vida. Muito obrigada. Pai, espero que se orgulhe onde quer que esteja.

Aos meus **amigos**, os de longa data e os que chegaram há exatos dois anos, a minha turma do mestrado, gratidão! Tão bom vivermos nosso sonho juntos e melhor ainda, alcançá-los juntos.

Por fim, porém não menos importante, aos meus parceiros de luta por um SUS equânime, igualitário, resolutivo e de qualidade, muito obrigada. Gratidão a todos os profissionais de saúde, especialmente **Ana Carolina, Vilma, Gabrielle e Tiago**, a melhor equipe, que diariamente fortalecem nosso sistema de saúde com humanidade, respeito, ética, profissionalismo e muito trabalho.

RESUMO

FERREIRA, Aline da Silva Barbosa Ferreira. *O financiamento da Atenção Primária no Rio de Janeiro: caminhos e perspectivas*. 2022. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A Política Nacional de Atenção Básica de 2017 destaca a necessidade de um financiamento tripartite para este nível de atenção, no entanto, a participação dos estados ainda apresenta pouca expressão e se materializa em estratégias pontuais, enquanto os municípios nos últimos 30 anos vem expandindo seus gastos em saúde. Frente à necessidade de superação para custear e manter os serviços de atenção primária nos municípios, alguns estados vem buscando regulamentar e aprimorar suas participações no financiamento tripartite. A Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) iniciou sua participação no financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) em 2007 e vem caminhando ao longo dos anos com diversas deliberações sobre o financiamento tripartite. O Objetivo geral do estudo é analisar o papel estadual no Cofinanciamento da atenção primária no estado do Rio de Janeiro no período de 2007 até 2020, para a qualificação e o fortalecimento dos serviços de saúde. Trata-se de um estudo de caso de natureza exploratória qualitativo e descritivo com a combinação de diferentes métodos de pesquisa, utilizando-se pesquisa bibliográfica e documental e de dados secundários. Considerou-se os programas de cofinanciamento da APS estadual entre os anos 2007 a 2020 e avaliou-se mais profundamente os impactos do Programa de Financiamento da Atenção Primária (PREFAPS) vigente. Como resultados, foi observado que proposições que trazem os componentes do PREFAPS apresentam forte indução de sustentabilidade da APS e fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, além de organização do processo de trabalho. Contudo, deve-se considerar que a indução de organização de serviços através do repasse financeiro pode não corresponder à realidade e às necessidades locais. Para o estabelecimento de metas comuns a todos os participantes, deve-se refletir sobre a realidade loco regional e a capacidade de gestão dos municípios em alcançar as metas determinadas.

Palavras-chave: Financiamento. Atenção Básica. Recursos federais. Recursos estaduais. Política de saúde. Gestão pública.

ABSTRACT

FERREIRA, Aline da Silva Barbosa Ferreira. *Financing Primary Care in Rio de Janeiro: paths and perspectives*. 2022. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The 2017 National Primary Care Policy highlights the need for tripartite funding for this level of care, however, the participation of states still has little expression and is materialized in specific strategies, while municipalities in the last 30 years have been expanding their spending in health. Faced with the need to overcome difficulties to fund and maintain primary care services in municipalities, some states have been seeking to regulate and improve their participation in tripartite funding. The State Department of Health of Rio de Janeiro (SES-RJ) started its participation in the financing of Primary Health Care (PHC) in 2007 and has been moving forward over the years with several deliberations on tripartite funding. The general objective of the study is to analyze the state role in the co-financing of primary care in the state of Rio de Janeiro from 2007 to 2020, for the qualification and strengthening of health services. This is a qualitative and descriptive exploratory case study with a combination of different research methods, using bibliographic and documentary research and secondary data. We considered the state PHC co-financing programs between 2007 and 2020 and further evaluated the impacts of the current Primary Care Financing Program (PREFAPS). As a result, it was observed that propositions that bring the PREFAPS components present a strong induction of PHC sustainability and strengthening of the Family Health Strategy, in addition to the organization of the work process. However, it must be considered that the induction of service organization through financial transfer may not correspond to the reality and local needs. In order to establish common goals for all participants, it is necessary to reflect on the local and regional reality and the management capacity of the municipalities to achieve the determined goals.

Keywords: Financing; Primary Care. Federal resources. State resources; Health policy. Public administration.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Linha do tempo dos principais marcos legais do financiamento do SUS.....	28
Figura 2 –	Financiamento e transferência dos recursos federais segundo Portaria 3.992/2017	31
Figura 3 –	Mapa do estado do Rio de Janeiro.....	43
Figura 4 –	Linha do tempo dos programas de financiamento da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.....	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Repasse federal para a atenção básica nos anos 2014 a 2019.....	33
Gráfico 2 –	Cobertura populacional da ESF no estado do Rio de Janeiro.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Modalidades de equipes de Atenção Básica segundo carga horária.....	30
Quadro 2 –	Financiamento estaduais a Atenção Básica à Saúde dos estados Espírito Santo, São Paulo e Minas Gerais nos anos 2019, 2020 e 2021.....	36
Quadro 3 –	Municípios do estado do Rio de Janeiro por Regiões de Saúde, segundo SES-RJ.....	44
Quadro 4 –	Indicadores e metas estabelecidos nos programas de financiamento do estado do Rio de Janeiro nos anos 2007, 2011, 2013, 2014 e 2019.....	50
Quadro 5 –	Faixas e critérios para repasse da parte fixa do Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica.....	55
Quadro 6 –	Distribuição de recursos financeiros por faixa.....	57
Quadro 7 –	Comparativo dos valores do Componente I – Sustentabilidade para as equipes no período de 2019 e 2020.....	57
Quadro 8 –	Valores de referência por tipo de equipe nos anos 2019 e 2020.....	58
Quadro 9 –	Rol de indicadores e metas do Componente Desempenho do PREFAPS no ano de 2019.....	59
Quadro 10 –	Rol de indicadores e metas do Componente Desempenho do PREFAPS no ano de 2020	60
Quadro 11 –	Municípios que ampliaram equipes no ano 2019.....	64
Quadro 12 –	Comparativo dos indicadores PREFAPS do componente desempenho nos anos 2019 e 2020.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	População estimada do estado do Rio de Janeiro segundo Região de Saúde por município, no ano 2020.....	45
Tabela 2 –	Cobertura de Atenção Básica no município do Rio de Janeiro nos anos, 2018, 2019 e 2020.....	62
Tabela 3 –	Valores das transferências de recursos do Componente Sustentabilidade por tipo de equipe e quadrimestre de referência.....	63
Tabela 4 –	Cobertura populacional da ESF por Mês segundo Região de Saúde.....	65
Tabela 5 -	Razão de consultas médicas na APS por Quadrimestre segundo Região de Saúde.....	69
Tabela 6 –	Razão de exames citopatológicos do colo do útero 25 a 64 anos por Quadrimestre segundo Região de Saúde.....	70
Tabela 7 –	Percentual de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal por quadrimestre segundo Região de saúde/município no ano 2019.....	71
Tabela 8 -	Percentual de beneficiários acompanhados por Vigência segundo Região de Saúde/Município que atingiram a meta no ano 2019.....	72
Tabela 9	Proporção de equipes de Saúde Bucal de Saúde da Família que realizam, no mínimo, 70% ações do rol elencado para saúde bucal para APS baseado no PMAQ-AB por região de saúde no ano 2019.....	74
Tabela 10	Cobertura de Triagem Neonatal no SUS por Ano segundo Região de Saúde.....	76
Tabela 11	Razão de atendimentos de hipertensos 20 anos e mais por Quadrimestre segundo Região de Saúde no ano 2020.....	78
Tabela 12	Razão de atendimentos de diabéticos 20 anos e mais por Quadrimestre segundo Região de Saúde no ano 2020.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
AIH	Autorização de Internações Hospitalares
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CnaR	Consultório na Rua
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
eAP	Equipe de Atenção Primária
e-CNAR	Equipe de Consultório na Rua
E-GESTOR	Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica
AB	
e-NASF AB	Equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
EC	Emenda Constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
eSB/SF	Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PIB	Produto Interno Bruto
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PREFAPS	Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PAHI	Programa de Apoio aos Hospitais do Interior
PMM	Programa Mais Médicos
PPI	Programação Pactuada Integrada
SIA	Sistemas de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistemas de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
SAB	Superintendência da Atenção Básica
SAPS	Superintendência de Atenção Primária à Saúde
SAS	Subsecretaria de Atenção à Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SES RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	15
1	OBJETIVOS.....	21
1.1	Geral	21
1.2	Específicos	21
2	O FINANCIAMENTO DO SUS E SEUS AVANÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	22
3	CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	29
4	A PARTICIPAÇÃO ESTADUAL NO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA: PANORAMA DE EXPERIÊNCIAS NOS ESTADOS DO SUDESTE DO BRASIL.....	36
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	40
5.1	Estratégia de Coleta e Análise de dados.....	41
5.2	Cenário de estudo.....	42
5.2	Aspectos éticos.....	48
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
6.1	O estudo de caso – O financiamento estadual da atenção básica do Rio de Janeiro.....	49
6.2	O programa estadual de financiamento da atenção primária à saúde: o que tem de novo?	56
6.2.1	<u>Componente de Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde.....</u>	56
6.2.2	<u>Componente de Expansão da Estratégia Saúde da Família.....</u>	58
6.2.3	<u>Componente de Desempenho da Atenção Primária à Saúde.....</u>	58
6.3	Resultados do Programa de Cofinanciamento Estadual (PREFAPS) dos anos 2019 e 2020.....	61
6.3.1	<u>Componente Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde.....</u>	62
6.3.2	<u>Componente Expansão da Atenção Primária à Saúde.....</u>	63
6.3.3	<u>Componente Desempenho.....</u>	65
6.3.3.1	Indicador 1: Razão de consultas médicas na USF por população estimada coberta na ESF.....	68

6.3.3.2	Indicador 3: Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.....	69
6.3.3.3	Indicador 4: Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré natal.....	71
6.3.3.4	Indicador 7: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.....	72
6.3.3.5	Indicador 9: Proporção de equipes de saúde da família que realizam, no mínimo, 70% de ações do rol elencado para saúde bucal para a APS, baseado no PMAQ.....	74
6.3.3.6	Indicador 5 - Cobertura de triagem neonatal biológica no SUS.....	76
6.3.3.7	Indicador 6 – Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros aos hipertensos na APS e a estimativa de adultos hipertensos cobertos pela ESF.....	77
6.3.3.8	Indicador 7 – Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros aos diabéticos na APS e a estimativa de adultos diabéticos cobertos pela ESF.....	78
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE A - Número de eSF por região de saúde e municípios entre os anos 2010 a 2020.....	90
	APÊNDICE B - Resultados dos indicadores do primeiro quadrimestre do componente III com metas acima de cinco no ano 2019.....	94
	APÊNDICE C - Resultados dos indicadores do segundo quadrimestre do componente III com metas acima de cinco no ano 2019.....	96
	APÊNDICE D - Resultados dos indicadores do terceiro quadrimestre do componente III com metas acima de cinco no ano 2019.....	98
	APÊNDICE E - Resultados dos indicadores do primeiro quadrimestre do componente III com metas acima de três no ano 2020.....	100
	APÊNDICE F - Resultados dos indicadores do segundo quadrimestre do componente III com metas acima de três no ano 2020.....	103
	APÊNDICE G - Resultados dos indicadores do terceiro quadrimestre do componente III com metas acima de três no ano 2020.....	105

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) promulgado pela Constituição Federal de 1988 é um sistema universal, com base nos princípios da integralidade das ações, equidade do acesso, participação popular, descentralização e regionalização, sendo estes dois últimos considerados os princípios norteadores para os processos de reforma e organização político-territorial do sistema. A descentralização redefine as responsabilidades entre os entes de governo e fortalece a importância das esferas municipais e estaduais na política de saúde, tornando-os detentores de poder decisório, da gestão de prestadores e de recursos financeiros (BRASIL, 1990a; LIMA; QUEIROZ, 2012).

Segundo a Lei Orgânica da Saúde, a gestão do SUS deve ser compartilhada entre as três esferas de governo – União, Estados e Municípios, bem como a administração de recursos orçamentários e financeiros (BRASIL, 1990a). Porém, tem-se demonstrado que planejar este financiamento e garantir repasses necessários para custeio do SUS não tem sido uma tarefa fácil (FIOCRUZ, 2020).

A implementação do SUS foi marcada parcialmente pelo subfinanciamento crônico caracterizado pela alocação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros, incapazes de instituir plenamente os princípios constitucionais do sistema e de se aproximar comparativamente aos gastos de outros países com sistemas de saúde semelhantes (FUNCIA, 2019).

Tal subfinanciamento crônico do SUS, definido como de natureza estrutural, também é reflexo do não engajamento de esforços múltiplos da sociedade para defender o sistema público de saúde diante do neoliberalismo e da dependência econômica do Brasil aos países desenvolvidos, fatores que contribuíram negativamente no orçamento federal, sobretudo na área da saúde, cujo Produto Interno Bruto (PIB) gravitou entre 1,6% a 1,7% ao longo do século XXI (MARQUES apud FUNCIA, 2019).

Nos últimos anos, reformas baseadas na austeridade fiscal e na restrição dos gastos públicos, a exemplo da promulgação da Emenda Constitucional 95 (EC 95), que fixa durante 20 anos as despesas públicas com vistas a reduzir o déficit primário por meio de ajuste fiscal, aumentam a pressão e a urgência da alocação adicional de recursos estaduais e municipais para o financiamento do SUS (MELLO et al., 2019; FUNCIA, 2019).

No período entre 1991 a 2017, anterior as mudanças financeiras estabelecidas, já se observava o aumento de gastos orçamentários com a saúde pelos estados e municípios, onde

contribuíram com 26% e 31% dos recursos, respectivamente e acima do teto estabelecidos pela Lei Complementar 141 (FUNCIA, 2019).

A discussão sobre financiamento deve se dar a partir de duas principais preocupações: o volume de recursos a ser destinado à saúde e a garantia de acesso a serviços de saúde à população com qualidade, eficiência, segurança, e que atenda às necessidades. Mesmo que os princípios básicos do SUS, suas diretrizes e forma de financiar estejam garantidos na Constituição é necessário e urgente aprofundar as discussões sobre a sustentabilidade do modelo de saúde vigente (BRASIL, 2013).

A partir da apresentação por parte do Ministério da Saúde no ano de 2019 sobre o novo modelo de financiamento da saúde, o Programa Previne Brasil, ampliou-se o debate sobre o subfinanciamento do SUS, com ênfase na Atenção Primária a Saúde (APS)¹, essencialmente por parte do governo federal.

A APS no Brasil percorreu por diversos momentos de organização e na década de 90 apresentou marcos importantes para o fortalecimento e reestruturação do modelo de assistência à saúde do SUS. Em 1991 o governo instituiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o objetivo de melhorar as condições de saúde das comunidades de algumas regiões do norte e nordeste. A figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), uma nova classe de trabalhadores de saúde, era formada pela e para a comunidade, atuando nas localidades definidas.

O PACS deu origem ao Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, que assume grande destaque na agenda nacional como instrumento de reforma política, onde se estabelece um novo modelo de atenção, com mudanças na organização do sistema e no seu financiamento (VIANA; DAL POZ apud LIMA et al., 2005).

Entre os anos 1998 e 2018 a ESF se expandiu de forma abrupta se tornando o modelo de atenção a saúde para mais de 95% dos municípios brasileiros e com responsabilidade sanitária para 62,5% da população (MASSUDA, 2020).

Sabe-se que a Atenção Primária no Brasil apresenta grandes desafios que precisam ser superados para o alcance da melhoria da qualidade e para o seu fortalecimento no sistema de saúde enquanto porta preferencial de entrada dos usuários na rede de serviços (SILVEIRA; PEREIRA, 2013).

¹ A terminologia atenção básica é comumente utilizada no Brasil para descrever o primeiro nível de atenção à saúde. No âmbito internacional a terminologia utilizada é Atenção primária à Saúde. Optou-se neste estudo em utilizar os dois termos considerando a Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) como termos equivalentes.

O Brasil se divide em cinco regiões, de acordo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste, que são permeados de desigualdades sociais, educacionais e econômicas devido a sua formação territorial e história. As regiões Sul e Sudeste são bastante desenvolvidas e em contrapartida, regiões Norte e Nordeste apresentam índices de desenvolvimento bem menores. A região Norte é a região brasileira com maior extensão territorial, enquanto a região sudeste é a mais populosa dentre as cinco regiões. Estas disparidades regionais diante de inúmeras iniquidades encontradas no Brasil, com necessidades em saúde muito distintas compõem um dos problemas comumente enfrentados pela APS (LIMA; QUEIROZ, 2012).

No que se refere ao financiamento da APS, desde a promulgação do Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) até a implementação do novo financiamento em 2019, a transferência de custeio era composto por dois componentes: Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e PAB variável. O PAB fixo era calculado de forma per capita, ou seja, a transferência era com base na população segundo dados do IBGE. Já o PAB variável era com base na implantação de programas estratégicos.

Recentemente, com base no Programa Previne Brasil, a alocação de recursos aos municípios considerando os aspectos epidemiológicos e sociais apresenta fragilidades, ampliando ainda mais a desigualdade do sistema em território nacional.

Embora a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 destaque a necessidade de um financiamento tripartite para este nível de atenção, a participação dos estados ainda apresenta pouca expressão e se materializa em estratégias pontuais enquanto os municípios nos últimos 30 anos vem expandindo seus gastos em saúde. A participação de gastos federais apresenta crescimento em termos de volume total de recursos, porém sem expressividade no conjunto de gasto em saúde, participação no PIB ou receita federal (MELO et al., 2019)

Frente à necessidade de superação para custear e manter os serviços de atenção primária nos municípios, no que se refere aos diferentes modelos de organização e restrições orçamentárias, alguns estados vem buscando regulamentar e aprimorar suas participações no financiamento tripartite (FIOCRUZ, 2020).

A Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) iniciou sua participação no financiamento da APS em 2007 (Resolução SESDEC n. 189 de 06 de dezembro de 2007) com o Programa Saúde na Área e vem caminhando ao longo dos anos com diversas deliberações sobre o financiamento tripartite. Podemos citar: em 2011 através da Deliberação CIB-RJ nº 1.275 de 15/04/2011 que descreve novos indicadores do Programa Saúde na área,

em 2013 com a Resolução SES-RJ n° 622, de 16/05/2013 com a publicação do Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI), em 2014 com a Resolução SES-RJ n°. 924 de 15/05/2014, instituindo o Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica e em 2019 (Resolução SES n° 1846 de 09/05/2019) que apresenta o Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária a Saúde (PREFAPS). Ao longo dos anos, os programas supramencionados foram revisados, alguns interrompidos e reestruturados em novos programas com objetivos direcionados a indução do modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e fortalecimento da Atenção primária.

No entanto, no âmbito nacional, mudanças importantes em relação a ESF, sua composição e modalidade foram impostas através da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2017. Componentes indispensáveis como os Agentes Comunitários de Saúde tornam-se facultativos nas equipes de saúde da família, carga horária de médicos e enfermeiros reduzidos e estabelecimento de equipes de atenção primária balizadas em processos divergentes a ESF são algumas das alterações produzidas e que estabeleceram o início do desmonte da APS, sobretudo da ESF.

Pari passu as mudanças de modelos de atenção primária, em 2019 o Ministério da Saúde lançou uma nova modalidade de financiamento do SUS, o Programa Previne Brasil, trazendo diversas alterações no modelo de financiamento para a Atenção primária. O Previne Brasil modificou os critérios de repasses federais ao município, extinguindo o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e programas importantes vinculados ao PAB variável igualmente extinto, inferindo na necessidade do aumento de gastos na saúde pelos municípios para sustentabilidade da APS (CNM, 2018).

A partir de tal mudança e considerando a participação tripartite do financiamento do SUS, caberia questionar qual a participação dos estados brasileiros para a manutenção e avanço nas ações e serviços de saúde no âmbito da APS? Para além, caberia identificar qual responsabilidade os estados possuem no campo político para frear o desfinanciamento da saúde?

Este estudo analisa a participação dos recursos estaduais para o financiamento da atenção primária no estado do Rio de Janeiro.

Sendo assim, a pergunta norteadora do estudo é como a Coparticipação estadual no financiamento da APS poderia fomentar e fortalecer as ações e serviços de saúde nos municípios? O estado do Rio de Janeiro tem participado da alocação de recursos para a APS aos municípios desde 2007 e a partir desta experiência na condução de cofinanciamento

compreende-se que seja possível observar o papel do estado brasileiro na participação orçamentária do SUS.

A motivação para esse estudo surgiu ao longo da minha trajetória profissional. Formada em Nutrição ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) onde pude aprender sobre a atenção primária e a potencialidade da ESF para melhoria do cuidado a população, sobretudo nos impactos positivos das ações realizadas neste nível de atenção nos indicadores de saúde. Durante o curso de Residência em gestão da atenção básica fui inserida na SES RJ na ocasião na Superintendência de Atenção Básica (SAB), onde pude conhecer e identificar as possibilidades e os desafios do estado em garantir a manutenção do SUS, o fortalecimento da APS e a indução de modelo de atenção segundo o Ministério da Saúde propunha. Durante o curso me dediquei a estudar sobre a participação financeira da SES para a APS aos municípios que aderiram o Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica.

Ao término do curso estive na gestão local de uma unidade básica de saúde, onde pude na prática, exercer com muitos desafios na função de gestão a fim de estabelecer fluxos e protocolos, organização e manutenção dos espaços de atendimento, sensibilização de profissionais para o atendimento humanizado e escuta qualificada aos usuários, com intuito de promover no cotidiano uma APS mais forte.

Em 2019 durante a gestão Crivella concomitante ao governo Bolsonaro, o dia a dia de quem faz o SUS acontecer tornou-se também um desafio pessoal. Ali não caberia mais não se incomodar e sentir diretamente os estragos de uma gestão que desacredita no Sistema de Saúde. A partir das deliberações de portarias e decretos alterando modelos de APS e seu financiamento, o fazer SUS e APS tornou-se insustentável. Ver o desmonte escancarado e ter que colocar em prática ações que fragilizam os atributos essenciais da APS me doeu e me fez lembrar o papel do estado do RJ para se opor a este cenário. Diante do desfinanciamento pelo município, o estado poderia agir mais contundente nas ações de fortalecimento e manutenção da APS?

O presente estudo está organizado da seguinte forma: Introdução que apresenta os desafios do financiamento do SUS e da APS e a participação das três esferas de governo na alocação de recursos; Objetivos geral e específicos onde está elucidado o que o estudo se propôs a analisar; Segue-se com o referencial teórico contextualizando a temática que é composta pelos seguintes capítulos: No capítulo 1 um breve histórico do financiamento do SUS e os caminhos percorridos para sua estruturação são apresentados; no Capítulo 2 a abordagem sobre Atenção Primária à Saúde, sua política e o modelo de financiamento desde a

sua implantação até os dias atuais. No Capítulo 3 um breve panorama das experiências de cofinanciamento dos estados do sudeste do Brasil. Em seguida é apresentado o percurso metodológico trilhado no estudo seguido dos resultados e discussão com a contextualização sobre os programas de cofinanciamento da SES-RJ desde 2007 até 2020, caracterizados pelos objetivos, avanços e desafios. Por fim, as considerações finais com reflexões sobre o momento que estamos vivenciando em busca de uma atenção primária de qualidade para o nosso país.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Analisar o papel estadual do Cofinanciamento da atenção primária no estado do Rio de Janeiro no período de 2007 até 2020, para a qualificação e o fortalecimento dos serviços de saúde.

1.2 Objetivos específicos

- a) Apresentar os marcos legais que estruturaram o financiamento da atenção básica no país;
- b) Descrever as estratégias de cofinanciamento estadual da APS da SES-RJ no período de 2007 a 2020;
- c) Apresentar uma linha do tempo com os marcos históricos do Cofinanciamento do Estado do Rio de Janeiro;
- d) Discutir os resultados do programa de cofinanciamento estadual vigente (PREFAPS) dos anos 2019 e 2020.

2 O FINANCIAMENTO DO SUS E SEUS AVANÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Federal de 1988 determina que as ações e serviços do Sistema Único de Saúde sejam financiados, nos termos do artigo 195, “[...] com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.” (BRASIL, 1988). No que se refere ao mecanismo de transferência de recursos da União aos Estados, Distrito Federal e Municípios, para que sejam executadas as ações e serviços de saúde, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) determina que seja considerada a combinação de critérios como perfil epidemiológico e demográfico, capacidade de gestão e plano de investimento (BRASIL, 1990a).

Para alinhar os mecanismos de repasse e transferência de recursos entre os níveis nacionais e subnacionais previstos na Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica da Saúde e Lei 8142, foram publicadas na década de 1990 as Normas Operacionais Básicas (NOB) que se tornaram instrumentos essenciais para consubstancializar a diretriz da descentralização (LIRA, 2010; LEVCOVITZ et al., 2001).

As NOBs são instrumentos de regulação do processo de descentralização e tratam sobre aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ et al., 2001). As três NOBS editadas na década de 1990 – NOB 91, 93 e 96 – diferenciam-se entre si e tais diferenças estão relacionadas com o contexto histórico no qual foram formuladas.

A NOB 01/91 foi a primeira NOB editada no período onde ainda existia o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) já associada ao Ministério da Saúde. Foi a partir desta Norma que as transferências de recursos passaram a ser através da utilização de tabelas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, processadas por meio de Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e Hospitalar (SIH). As internações hospitalares dependem da autorização de Internações Hospitalares (AIH) (SERRA; RODRIGUES, 2007).

Como o faturamento é realizado a partir dos procedimentos realizados e sabendo que há grande desigualdade na distribuição regional da rede de ações e serviços, a distribuição dos recursos administrados pelos sistemas SIA e pelo SIH, na opinião de Serra e Rodrigues (2007), é bastante díspare.

De acordo com Levcovitz et al. (2001), embora a NOB 01/91 tenha se estabelecido em apoio a descentralização e reforço do poder municipal, inúmeras críticas foram feitas no

período “[...] em relação ao seu formato centralizador, relacionado aos mecanismos de transferência convencional, ao repasse condicionado à produção e à própria legitimidade da regulamentação do sistema através de normas e portarias que colidiam com as diretrizes da LOS.”

Ainda segundo o mesmo autor, alguns efeitos negativos foram observados na relação entre estado e municípios. Para ele, a NOB 01/91 favoreceu a relação direta entre o nível federal e os municípios, através da lógica do repasse financeiro para o custeio das ações de saúde, e essa relação direta federal/municípios propiciou ao estado pouco poder de intervenção na definição dos critérios utilizados. Para Levcovitz et al. (1997) apud Levcovitz et al. (2001), “[...] a mudança representou, para os estados, a perda da função articuladora e negociadora observada no período SUDS.”

A NOB 01/93 foi formulada em outra conjuntura, marcada por eventos associados à política de saúde no início da década de 1990: avanço da municipalização; envolvimento expressivo dos secretários municipais de saúde; e desenvolvimento da IX Conferência Nacional de Saúde em 1992 (LEVCOVITZ et al., 2001).

A nova NOB trouxe mudanças na forma de repasse de recursos, através da implantação do mecanismo de transferência fundo a fundo, além da criação de condições de habilitação de gestão, sendo elas, incipiente, parcial e semiplena aos estados e municípios. Os estágios de habilitação correspondem a autonomia que o estado e municípios dispõem. Quanto mais avançada a habilitação, maior autonomia para alocar os recursos transferidos pelo ente federal (SERRA; RODRIGUES, 2007). Contudo, os municípios que não seguiam as determinações federais tinham, como forma de penalidade, a suspensão das transferências de recursos, o que feria a sua autonomia constitucional (ARRETCHE, 2003, apud SERRA; RODRIGUES, 2007).

Mesmo com alguns dilemas, a NOB 01/93 possibilitou um avanço significativo ao implementar de fato a transferência fundo a fundo dos recursos federais conforme preconizado na Lei Orgânica da Saúde. Os municípios habilitados no modelo de gestão semiplena passaram a ter maior autonomia sobre seus gastos, podendo programar e executar os recursos nos diferentes áreas assistenciais, pois puderam contar com o recurso total da assistência ambulatorial e hospitalar (LEVCOVITZ et al., 2001).

Outros avanços importantes foram a constituição da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em cada estado e a mudança da forma de participação dos estados na política de saúde.

A partir da NOB 01/93 os estados passaram a ter atribuições mais complexas passando a assumir funções de gerenciamento dos sistemas de informações SIA-SUS e SIH-SUS, além

de assumir o papel de mediador entre municípios e governo federal, ou até mesmo a gestão municipal, de caráter provisório até que o município fosse capaz de gerir com autonomia. Contudo, a NOB não apresentou caminhos à configuração das novas funções, tampouco definiu e garantiu os recursos e instrumentos necessários à sua implantação (LEVCOVITZ et al., 2001; FADEL et al., 2009).

Embora a NOB 01/93 tenha aplicado novas dinâmicas, foi formulada e implantada através da Portaria nº 2.202, de 5 de novembro de 1996 a NOB 01/96, que passou por processo de discussão em fóruns do Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e contou com a participação de vários segmentos da sociedade e oficinas de trabalho do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em busca de uma proposta que atendesse as necessidades dos diferentes níveis gestores do SUS. Dentre os objetivos gerais da NOB 01/96, é importante ressaltar no que se refere ao financiamento: “aumentar a participação percentual de transferência regular e automática dos recursos federais a municípios e implementar esta modalidade de transferência aos estados, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos” (LEVCOVITZ et al., 2001).

Para a viabilidade do objetivo, os critérios de habilitação à gestão instituídos pela NOB 01/93 (apresentados em citações anteriores) foram modificados pela NOB 01/96, passando a ser gestão plena da Atenção Básica e gestão plena do sistema. A nova norma também instituiu a Programação Pactuada Integrada (PPI) um mecanismo que permite a negociação da distribuição dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios, para a Média e Alta Complexidade (SERRA; RODRIGUES, 2007).

A NOB 96 criou ainda o Piso da Atenção Básica (PAB) representando um grande avanço para o cumprimento dos critérios de perfil demográfico e epidemiológico definidos pela Lei Orgânica da Saúde para o repasse de recursos e para a Atenção Básica. A base de cálculo para o financiamento da ABS passa considerar o contingente populacional e o repasse passa a ser através de dois mecanismos: PAB Fixo e PAB Variável. Os recursos do PAB Fixo foram fixados inicialmente no valor de R\$10,00 por habitante/ano destinados a Atenção Básica em todos os municípios, até mesmo os não habilitados à gestão do SUS. Já em relação ao PAB Variável, foram criados incentivos aos programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), acrescentando valores correspondentes a cobertura assistencial desses programas (SERRA; RODRIGUES, 2007).

Para Levcovitz et al (2001), a NOB 96 diferencia-se das demais pois incentiva a mudança de modelo assistencial, estabelecendo repasse de recursos atrelado a implantação e estruturação dos PACS e PSF pelos municípios. Castro e Fausto (2012) corroboram com o

autor, afirmando que “[...] a transferência do PAB aos municípios habilitados favoreceu um crescimento expressivo do número de equipes de saúde da família nas várias regiões do país”.

De fato, com a implantação da NOB observou-se um aumento da expansão dos programas em todo o país, chegando ao mês de dezembro de 2000 a cobertura de 51,5% de PACS e 22,5% de PSF da população brasileira (LEVCOVITZ et al., 2001).

Além de todas essas mudanças, a NOB 01/96 também estabeleceu tetos financeiros de assistência do estado e dos municípios, transferindo recursos fundo a fundo estabelecidos nas Programações Pactuadas Integradas. No entanto, o Ministério da Saúde se baseia na série histórica de produção para o cálculo do teto financeiro, desconsiderando, portanto, o perfil epidemiológico e demográfico, bem como os demais critérios estabelecidos pela Lei Orgânica da Saúde (SERRA; RODRIGUES, 2007).

Vale dizer que, para o repasse de recursos fundo a fundo, a NOB 96 obriga a criação de um Fundo Municipal de Saúde e de um Conselho Municipal de Saúde, oferecendo maior autonomia e responsabilidade ao gestor municipal (MATTOS; COSTA, 2003).

Em 13 de setembro de 2000 foi implantada a Emenda Constitucional n. 29 a fim de garantir o volume de recursos suficientes para atender as necessidades de saúde (CONOF/CD, 2012). Nela há o estabelecimento da participação mínima no financiamento das ações e serviços públicos de saúde da União, Estado, Distrito Federal e Municípios.

Todavia, com o objetivo de tornar claros os conceitos e *modus operandis* determinadas pela Emenda e de homogeneizar os entendimentos sobre o documento por parte dos entes de governo, foi editada em 13 de janeiro de 2012 a Lei Complementar n. 141, que regulamenta a EC29 e fixa definições que permitem garantir o financiamento das despesas essenciais para a manutenção do sistema. Além disso, a lei também buscou fixar regras, diretrizes e condições para definir o que são ações e serviços de saúde possíveis de serem financiados dentro dos recursos mínimos estabelecidos. Sendo assim, são considerados ações e serviços de saúde pela referida lei, somente aquelas voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde e que atendam os princípios estabelecidos no art. 7º da lei n 8080 (CONOF/CD, 2012).

Os percentuais de investimento financeiro da União, Estados, Distrito Federal e Municípios no SUS estão definidos por esta lei complementar que determina aos municípios e Distrito Federal a aplicação anual de no mínimo 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, e ao estado a aplicação de no mínimo 12%. Em relação à participação dos estados, este destinavam 6% no ano 2000 dos gastos em saúde, o que permite a partir da implementação a ampliação desta participação. Contudo, nos anos subsequentes a

emenda e a lei complementar, o cumprimento por parte dos estados tem sido difícil (LIMA, 2005).

No que se refere à participação orçamentária pela União conforme a EC 29/2000, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior. Ou seja, a participação da esfera federal não propunha percentual mínimo de gastos com a saúde, o que torna o montante total de recursos alocados insuficientes.

Em 2015, foi regulamentado a Emenda Constitucional (EC) 86, que altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal e dispõe sobre a programação orçamentária dos gastos em ações e serviços públicos de saúde pela União. Com base na EC 86/2015, a participação orçamentária federal deverá ocorrer de forma progressiva segundo a base de cálculo constitucional. A nova base de cálculo constitucional para a aplicação mínima em ações e serviços públicos em saúde a partir de 2016 será a Receita Corrente Líquida da União, sendo 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020 (BRASIL, 2015).

Durante o governo Temer alterou-se tal prerrogativa com a introdução da maior medida de austeridade fiscal, intensificando o desfinanciamento do SUS. A EC 29/2016 favoreceu o corte drástico dos gastos públicos com justificativa ao alcance do equilíbrio fiscal, todavia congelou durante 20 anos a expansão dos gastos públicos com base nos valores das despesas de 2017, com correção dos valores de Índice de Preço ao Consumidor Amplo/ Instituto de Geografia e Estatística. Ademais, a nova EC revoga a programação de gastos instituídos na EC 86 observando-se uma perda exponencial de recursos destinados à saúde (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

É imperativo, portanto ressaltar o caminho trilhado de desfinanciamento e possíveis impactos negativos na saúde da população brasileira sob a ótica da EC 29. A redução de participação financeira gerada tem impacto direto nas ações e serviços realizados pelo SUS, e fortalece em certa medida, cada vez mais a participação do setor privado. Além disso, a limitação orçamentária imposta pela EC interfere nas despesas dos estados e municípios uma vez que as transferências federais tornam-se ainda menores do que o necessário.

No que tange ao repasse dos recursos dos estados aos municípios, a Lei Complementar 141 proferida anteriormente prevê para a transferência de recursos critérios de necessidade de saúde da população, dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e serviços de saúde. Esse critério tem por finalidade reduzir as desigualdades regionais (BRASIL, 2013).

Mesmo com inúmeras tentativas de regulamentar a operacionalização e a participação dos entes federativos na gestão do SUS com implementação de Normas (NOBs e Noas) além de Portarias, a consolidação da descentralização e equidade social ainda apresentou-se incipiente. Nesta perspectiva, visando à superação dos desacordos entre estados no processo de regionalização, foi implantada a Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais relativas a ele (FADEL et al., 2009; BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre a União, Estados e Municípios. Tem por objetivo principal qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS através da pactuação intergestores e está dividido em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão (FADEL et al., 2009). Cada componente traz compromissos que devem ser firmados pelos entes em busca de maior eficiência e qualidade de resposta do SUS, porém o Pacto de Gestão é o componente que revela maior mudança em termos de evolução no sistema de financiamento e da regionalização.

O Pacto pela Vida prioriza a Estratégia de Saúde da Família como modelo ordenador da rede e estimula através da pactuação a expansão, qualificação e financiamento pelos três entes de governo. Já no Pacto de Gestão o financiamento tripartite passa a considerar critérios de equidade nas transferências fundo a fundo, através de instrumentos de planejamento e avaliação que buscam analisar as necessidades regionais (BRASIL, 2006). Ainda em relação ao financiamento, o Pacto de Gestão estabelece uma importante mudança na forma de repasse de recursos pelo Ministério da Saúde, através da definição de blocos de financiamento de custeio, tendo cada um a sua especificidade. São blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS e Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde, este último inserido pela Portaria n. 837, de 23 de abril de 2009.

Desta forma, segundo Fadel et.al. (2009) o Pacto de Gestão trouxe novas perspectivas em busca da qualidade dos serviços e de resolução de problemas que não foram solucionados pelas NOBs e Noas, como a redução nas iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais em relação às ações e serviços de saúde.

No que se refere aos blocos de financiamento instituídos, é possível considerar um avanço quanto à redução de excesso de repasses a apenas seis. Em contrapartida, sua forma de definição culminou na categorização dos blocos em níveis de atenção à saúde e áreas

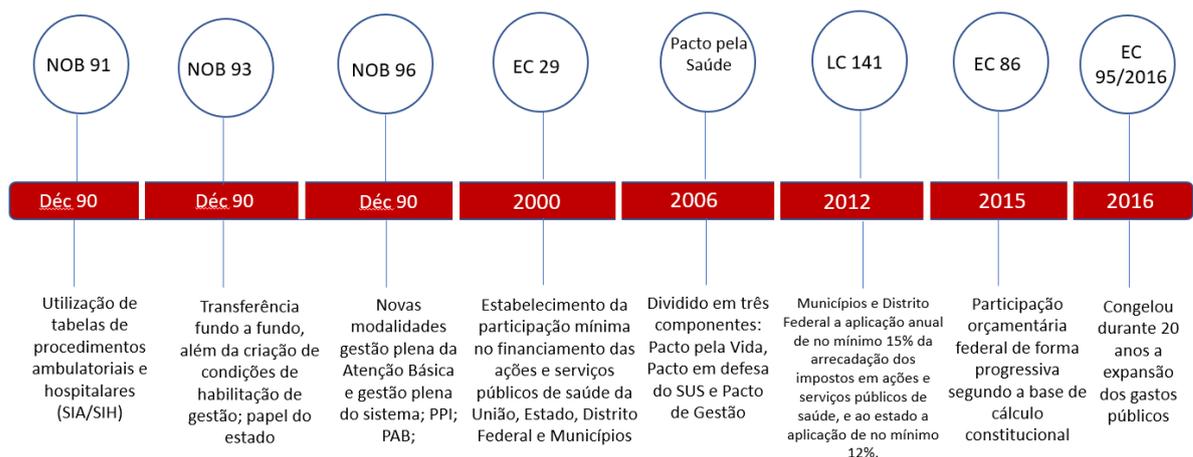
administrativas do Ministério da Saúde, e não assegurou equitativamente a alocação de recursos (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Posteriormente um novo modelo de alocação de recursos foi instituído através da Portaria MS n 3.992, que transfere os seis blocos anteriormente estabelecidos em apenas dois – Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento das Ações e Serviços Públicos de Saúde. De um modo geral, entende-se bloco de custeio o gasto referente à manutenção, obras de construção, ampliação e adequação de imóveis novos e/ou já existentes, pagamento de servidores. Já bloco de investimento refere-se à aquisição de equipamentos voltados para ações e serviços públicos de saúde.

Os repasses são realizados fundo a fundo a municípios e estados em conta corrente de cada bloco de forma regular e automática, no entanto, é necessário o cumprimento de condicionalidades, a saber: instituição e funcionamento do Conselho de Saúde; instituição e funcionamento do Fundo de Saúde; previsão de ações e serviços no Plano de Saúde e na Programação Anual; relatório anual de gestão apresentado ao Conselho de Saúde e alimentação dos sistemas de informação (BRASIL, 2017).

Abaixo apresentamos uma linha do tempo onde estão elucidados os principais marcos legais que formularam o financiamento do SUS.

Figura 1 - Linha do tempo dos principais marcos legais do financiamento do SUS



Fonte: A autora, 2022

3 CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica (AB) é descrita na PNAB como sendo um conjunto de ações de saúde,

[...] no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

As ações e serviços de saúde são desenvolvidos em trabalho em equipe multiprofissional, voltado para a população de território definido, pela qual assume a responsabilidade sanitária. A AB é desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, contíguo a vida da população, e deve ser a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF) que foi ampliado para Estratégia de Saúde da Família (ESF) passou a ser política prioritária do governo federal a partir de 1995, colocando a AB na agenda decisória da política nacional de saúde, e atualmente é a principal estratégia de configuração deste nível de atenção no Brasil. Ademais, a ESF gerou mudanças no modelo de atenção, na reorganização dos sistemas municipais de saúde e no financiamento da política no Brasil (CASTRO; FAUSTO apud VIANA; DAL POZ, 1998).

No entanto, no ano de 2019 foi publicada a Portaria 2539 de 26 de setembro de 2019 alterando a configuração das equipes que atuam na AB, instituindo nova modalidade. De acordo com a portaria, além das equipes de Saúde da Família (eSF), o município ou distrito federal poderá implementar equipe de Atenção Básica (eAB), que se configura com um médico e enfermeiro em sua composição e apresenta carga horária reduzida, comparada as eSF (BRASIL, 2019).

De acordo com a portaria as eAB poderão apresentar duas modalidades com carga horária distinta, segundo o quadro abaixo:

Quadro 1 - Modalidades de equipes de Atenção Básica segundo carga horária

MODALIDADE I	MODALIDADE II
Carga horária mínima individual de profissionais de 20 horas	Carga horária mínima individual de profissionais de 30 horas
População adscrita correspondente a 50% da população atendida pelas eSF	População adscrita correspondente a 75% da população atendida pelas eSF

Fonte: Portaria 2539, de 26 de setembro de 2019.

A alteração instituída sobre as modalidades das equipes confere a gestão municipal maior autonomia na implementação e configuração dos serviços de AB, contudo, a ESF antes política prioritária, começa a ser mais uma possibilidade de serviços e ações. Melo et al. (2018) corrobora com tal argumento ao identificar as alterações apresentadas como priorização da atenção básica tradicional em detrimento da ESF, caminhando para o seu desmonte.

De acordo com a PNAB (2017), o financiamento da Atenção Básica é tripartite. No que se refere à participação da esfera federal, desde a Portaria 204/2007 as transferências dos recursos federais eram alocados através de seis blocos de financiamento, contudo a partir da Portaria 3.3992, de 28 de dezembro de 2007 os repasses para municípios, estados e distrito federal passa a ser a partir de dois blocos: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e bloco de investimento na rede de serviços públicos de saúde (CNM, 2018).

A redução do número de blocos estabelecidos propicia maior autonomia aos gestores na utilização dos recursos repassados, por outro lado promove dificuldades na utilização correta dos mesmos. Nesse sentido, o planejamento e o plano de saúde do município passam a ser instrumentos valiosos para garantia da aplicação adequada dos recursos nas ações pactuadas.

Figura 2 - Financiamento e transferência dos recursos federais segundo Portaria 3.992/2017



Fonte: CNM, 2018.

O Bloco de atenção básica passa a ser parte do bloco de custeio e é composto pelo Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável, modelo instituído pela NOB 01/96 já visto anteriormente. Assim como previsto na NOB, o PAB Fixo é calculado com base na população de cada município (per capita), e repassado Fundo a Fundo mensalmente, de forma regular e automática, considerando um valor atribuído a cada município (varia entre R\$23 e R\$28) segundo equidade, multiplicado pela população adscrita (BRASIL, 2017). Os municípios são separados por faixas considerando critérios de equidade contemplando, especialmente, indicadores de caráter socioeconômico (PIB Per Capita, Percentual da População com Plano de Saúde, Percentual da População com Bolsa Família, Percentual da População em Extrema Pobreza) e porte populacional (BRASIL, 2011; SAB ;SAS; SES-RJ, 2013).

Esta divisão por faixas diferencia o valor per capita por município beneficiando municípios mais pobres e com menores densidades demográficas (SAB/SAS/SES-RJ, 2013). Por outro lado, esta mesma divisão também condiciona os municípios mais pobres, porém com grande porte populacional ao repasse financeiro menor por se apresentar na faixa dos municípios mais populosos.

O PAB variável basicamente é baseado em adesão de estratégias e prevê: recursos para fomento a implantação de programas estratégicos, dentre eles a equipes de saúde da

família, NASF-AB, entre outros; recursos direcionados a abrangência de oferta de ações e serviços; recursos direcionados ao desempenho assistencial, com parâmetro e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Além do PMAQ, o Programa Requalifica UBS e Programa Mais Médicos (PMM) foram programas voltados para a o investimento da APS com vistas a qualificação de estrutura e acesso .Segundo Giovanella et all (2016), os três programas convergem na perspectiva de conferir à APS forte, resolutiva e abrangente, a partir do enfrentamento dos problemas acentuados: estrutura precária, rotatividade de médicos e ausência de processo avaliativo da APS.

O PMAQ e o Requalifica UBS surgiram em 2011, e objetivavam melhorar o acesso e a qualidade da assistência por meio de processo avaliativo indutor de padrão de boas práticas atrelado ao investimento para a APS e melhorar as condições de trabalho e ambiência de atendimento através de ampliação, reforma e construção de UBS, respectivamente. (GIOVANELLA et al., 2016). De acordo com Pinto e colaboradores o PMAQ tem por “objetivos finalísticos induzir a mudanças tanto no modelo de atenção quanto de gestão, impactar na situação de saúde da população, promover o desenvolvimento dos trabalhadores e orientar os serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários.” (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014, p. 359).

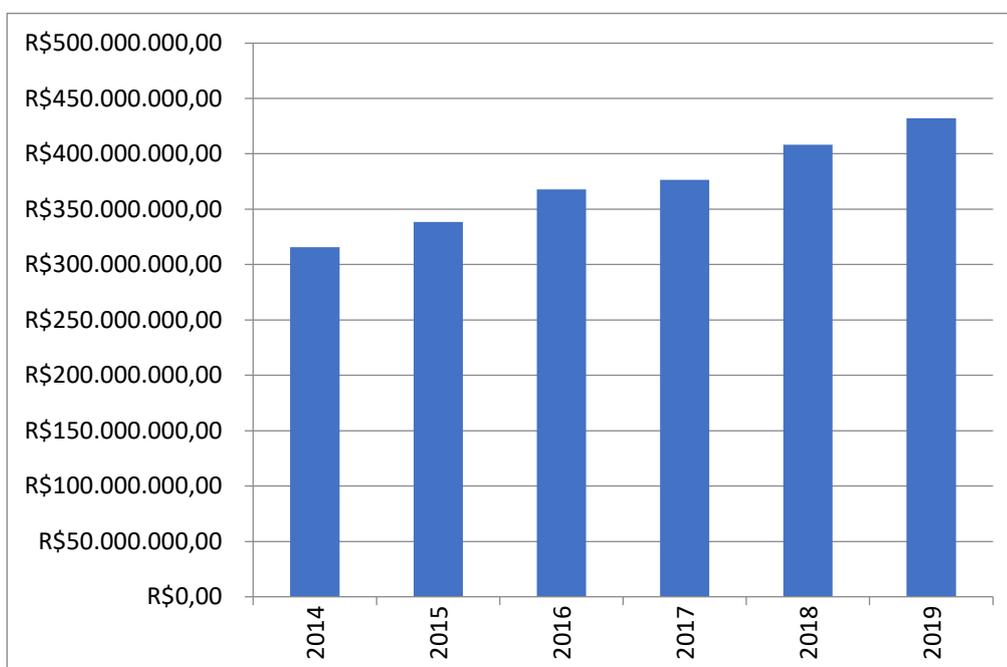
Implementado através da Portaria 1654 de 19 de julho de 2011 o PMAQ possui 4 fases que compoem um ciclo: Fase I refere-se a adesão dos municípios e Distrito Federal e a contratualização pelas equipes de atenção básica e o gestor municipal, de acordo com os compromissos exigidos pelo programa. Fase II denominada Desenvolvimento, compreende o processo de autoavaliação, monitoramento de indicadores contratualizados, educação permanente e apoio institucional. Fase III compreende a avaliação externa com vistas a certificação das equipes. Fase IV refere-se a recontratualização dos municípios e Distrito Federal pactuando novos indicadores para dar início a mais um ciclo, a partir da Fase I (BRASIL, 2011).

O PMAQ foi um precursor da PNAB e alterou o modelo de financiamento da AB, dando robustez no componente PAB variável segundo certificação alcançada e portanto, injetando maiores recursos para a saúde (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014). Contudo, o referido programa foi extinguido em 2020 após o 3º ciclo, na gestão Bolsonaro, desmantelando processos instituídos, atravessando planejamentos estratégicos e reduzindo verbas essenciais para a manutenção da APS.

Em 2013 o governo implantou o PMM por meio da lei 12.871 que tem por objetivo reduzir as desigualdades regionais de alocação de recursos humanos na área médica no SUS para melhoria no atendimento a população sanitariamente mais vulnerável, com ausência ou rotatividade frequente de médico nos serviços. É um pacto interfederativo com participação das três esferas de gestão do SUS e se estrutura a partir de três eixos (ampliação de cursos de medicina; melhoria da estrutura das UBS e provimento emergencial de médicos). (GIOVANELLA et al., 2016; SEPARAVICH; COUTO, 2021).

Os três programas apresentam fortes correlações confluindo para o fortalecimento da APS e foram responsáveis pelo encremento de bilhões de reais pelo governo federal, ampliando mais de 80% de gastos apenas no ano 2011 (GIOVANELLA et al., 2016).

Gráfico 1 - Repasse federal para a atenção básica nos anos 2014 a 2019



Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2020.

Conforme demonstra o gráfico 2, os valores destinados a AB apresentaram acréscimo de aproximadamente 37% quando comparados os anos 2014 e 2019. Neste período a análise é sobre os repasses com base nos critérios estabelecidos pela Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, com previsão do pagamento fundo a fundo através do PAB fixo e variável.

Em 2019 o governo federal lançou um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Básica à Saúde instituindo o Programa Previne Brasil através da Portaria 2979 de 12 de novembro de 2019, alterando o estabelecido na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 na seção de custeio. O Programa altera a modalidade de repasse de

recursos através do PAB fixo (repasso per capita) e variável, e institui três modelos de transferência: (I) capitação ponderada; (II) pagamento por desempenho e (III) incentivo para ações estratégicas.

No que se refere à capitação ponderada, a nova portaria estabelece o cálculo para definição do incentivo financeiro baseado na população cadastrada nas equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária constante no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), o que antes era calculado na população de cada município. Ademais, é considerada a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada, perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada (5 a 65 anos ou mais) e classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O critério de vulnerabilidade considera beneficiários cadastrados de Bolsa Família, Prestação Continuada ou benefício previdenciário de até dois salários mínimos.

Segundo Giovanella et al. (2020), tal mudança pode interferir de forma profunda no modelo assistencial da AB, uma vez que as ações das equipes são direcionadas a toda população do território e em muitos municípios os serviços deste nível de atenção são os únicos ofertados a população. O pagamento por capitação ponderada pode engessar as ações e limitar o acesso ao serviço, rompendo com a universalidade e equidade do SUS.

Seta, Ocké-Reis e Ramos (2021) analisam o novo modelo de pagamento por cadastramento por um outra perspectiva, apontando para um aumento de cadastro desenfreado para um retorno financeiro federal pouco significativo com consequente aumento de eSF e maior dificuldade na oferta e coordenação do cuidado. Os dados apontados por Harzheim et al. (2022) com base no CNES corroboram com a análise ao destacar que em dezembro de 2019 eram 43.026 equipes financiadas e em setembro de 2021 passou para 52.829 equipes, sendo 48.611 eSF e 4.218 eAP (HARZHEIM et al., 2022).

É importante ressaltar que, para que a transferência de incentivo financeiro ocorra, as equipes de Saúde da Família e de Atenção primária devem estar credenciadas pelo Ministério da Saúde e devem estar cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) pela gestão municipal ou Distrito Federal.

Em substituição ao PMAQ, o pagamento por desempenho é o cálculo do incentivo financeiro realizado com base nos resultados dos indicadores alcançados pelas equipes. Em 2022, foi publicado através da Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022, sete indicadores do pagamento de desempenho referentes a processo e resultados em Saúde da Gestante, Saúde da mulher, Saúde da Criança, Doenças crônicas não transmissíveis, Saúde bucal e Infecções sexualmente transmissíveis. Tais indicadores deverão ser analisados

quadrimestralmente e calculados diretamente através do SISAB, considerando as categorias: processos e resultados intermediários das equipes; resultados em saúde e globais da AB (BRASIL, 2022).

Por último, a modalidade de repasse através do incentivo para ações estratégicas tem por finalidade induzir os municípios e Distrito Federal a implantação de estratégias que qualifiquem e ampliem a atuação da AB como os Programas Saúde na Hora; Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da APS - Informatiza APS e Programa de Formação em Residência Médica ou Multiprofissional em Odontologia e Enfermagem na Saúde da Família. Para o cálculo para definição dos recursos financeiros devem ser considerados: as especificidades e prioridades em saúde; os aspectos estruturais das equipes e a produção em ações estratégicas em saúde.

4 A PARTICIPAÇÃO ESTADUAL NO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA: PANORAMA DE EXPERIÊNCIAS NOS ESTADOS DO SUDESTE DO BRASIL

Haja vista a indução financeira à Atenção Básica realizada pelo Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde também tem incentivado nos últimos anos por meio de indução financeira a implantação da Estratégia de Saúde da Família e seu fortalecimento como porta de entrada preferencial do sistema (MARQUES; MENDES, 2003).

Nessa perspectiva, buscou-se experiências em cofinanciamento estadual da atenção primária e identificou-se que os estados da região sudeste do Brasil apresentam diferentes programas implantados com documentos públicos disponíveis nos sites das Secretarias Estaduais. Sendo assim, apontamos para os estados – Espírito Santo, Minas Gerais e São Paulo – que tem regulamentado e propiciado incentivos financeiros com foco na Atenção Básica, ainda que utilizando diferentes critérios de repasses.

No quadro abaixo estão apresentados por estado, as características gerais dos seus programas de financiamento vigentes, conforme descritos em instrumentos normativos publicizados pelas referidas Secretarias.

Quadro 2 - Financiamento estaduais a Atenção Básica à Saúde dos estados Espírito Santo, São Paulo e Minas Gerais nos anos 2019, 2020 e 2021

<i>ESTADO</i>	<i>DELIBERAÇÃO</i>	<i>SÍNTESE DO PROGRAMA</i>
Espírito Santo	Portaria SESA 059-R/2019	<i>Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde- Qualifica APS</i> São componentes do Qualificação-APS: I - Formação em saúde; II - Provimento e fixação de profissionais; III – Informação em saúde e implantação, treinamento e uso do prontuário eletrônico; IV – Apoio institucional e V – Infraestrutura tecnológica, com aquisição e manutenção de equipamento computacional.

São Paulo	Deliberação CIB 34/2012 Resolução SS- 88, de 16 de junho de 2020	<p><i>Projeto Qualis</i></p> <p>PAB Fixo (trimestral) - recurso destinado ao custeio da atenção básica, para todos os municípios do Estado, na modalidade fundo a fundo. Valor R\$4,00 per capita;</p> <p>PAB Variável (mensal): Qualis Mais - recursos para a ABS contemplando prioritariamente municípios com índices de maior pobreza, dentro dos princípios de equidade; Qualis UBS Fase I - Institui o componente Aquisição de equipamentos, mobiliários e instrumentais; Qualis UBS Fase II - Institui o componente Reforma e/ou Ampliação</p>
Minas Gerais	Resolução SES/MG nº 7.627, de 03 de agosto de 2021	<p><i>Política Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde</i></p> <p>O incentivo financeiro de que trata esta política deverá ser utilizado pelo município em ações e serviços de Atenção Primária à Saúde incluindo ações de educação permanentes..</p> <p>Componente fixo: per capita, incentivo a gestão e ações de gestão dos serviços de APS e apoio multiprofissional</p> <p>Componente variável: percentual de eSB para eSF ou equipe de atenção primária e cobertura vacinal de população cadastrada pela eSF</p>

Fonte: A autora, 2021.

Dentre os programas de cofinanciamento apresentados acima, é importante destacar que, em relação ao estado do Espírito Santo, a responsabilidade de edição de complementariedades e implantação de instrumentos para consecução do Qualifica APS é do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi). No tocante ao fortalecimento da APS a Portaria ICEPi 005-R/2019 apresenta o projeto núcleo de qualificação e fortalecimento da atenção primária em saúde que descreve os objetivos claros que almejam, resumidamente, o aumento da cobertura da APS por meio da ESF como porta

de entrada preferencial do sistema de saúde, a formação em serviço e fixação de profissionais para mitigar as desigualdades regionais na área da saúde. O documento também traça as ações essenciais para o alcance dos objetivos descritos. O projeto tem duração de 36 meses e apresenta mecanismos comprobatórios da sua execução: Plano de trabalho com descrição de objetivos, metas, indicadores de monitoramento; Avaliação de relatórios periódicos; submissão anual de artigo em revistas científicas e relatório final.

Já a experiência do estado de São Paulo data desde 2008, quando foi instituída, através do Decreto nº 53.019 de 20 de maio de 2008 a transferência fundo a fundo da FES para as FMS para formento de ações e serviços no âmbito da APS. As diretrizes e estratégias para estruturação da Política Estadual de Atenção Básica do Estado de São Paulo foram aprovadas pela CIB através da Deliberação CIB 34/2012 onde consta o fortalecimento da APS como base para mudança do modelo assistencial e descreve as ações estratégias para alcance de objetivos apontados pela Secretaria. Ainda neste documento, é determinado o PAB fixo estadual com valores revistos anualmente através de deliberações CIB e repassados trimestralmente aos municípios, e PAB variável, com foco nos municípios com menores IDH.

No estado de Minas Gerais as ações de Atenção Básica à Saúde estabelecidas pelo Programa Estruturador Saúde em Casa foram consolidadas no ano 2013 através da Resolução SES/MG nº 3688, de 19 de março de 2013, o qual instituiu a Política Estadual de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais. Os recursos financeiros do incentivo de que trata esta política devem ser repassados quadrimestralmente e de acordo com o desempenho alcançado pelo município participante, diretamente do Fundo Estadual de Saúde (FES) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS), em observância a 3 (três) componentes fixos e 2 (dois) componentes variáveis (indicadores). Os componentes fixos são relacionados a (1) pagamento per capita, (2) Ações de Gestão dos Serviços de Atenção Primária à Saúde com objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação da gestão de APS e (3) apoio multiprofissional para garantia da integralidade do cuidado. Já em relação aos componentes variáveis, são observados o percentual de eSB para eSF ou equipe de atenção primária para estreitamento de vínculo e cobertura populacional de população cadastrada pela eSF.

Nota-se que nos três estados apresentados os programas de cofinanciamento objetivam a qualificação da APS através da ESF e a estruturação das Redes de Atenção à Saúde. Em todos os documentos o papel ordenador da atenção primária e a importância da melhoria da infraestrutura das unidades e fixação de profissionais para o alcance da qualidade da assistência são reforçados. Ademais, os referidos estados buscam promover a equidade na

distribuição dos recursos, favorecendo os municípios que apresentam maiores dificuldades, de forma a compensar as especificidades regionais.

Entretanto, assim como já observado por Marques e Mendes (2002), a contribuição financeira dos estados, e neste caso os estados de Espírito Santo, Minas Gerais e São Paulo, igualmente ao governo federal, acabam por induzir um tipo de política de saúde, quando esta deveria ser decidida pelos municípios conforme as necessidades locais.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caso de natureza exploratória qualitativo e descritivo com a combinação de diferentes métodos de pesquisa, utilizando-se pesquisa bibliográfica e documental e de dados secundários.

O estudo de caso, segundo Godoy (1995), é uma das estratégias mais utilizadas quando se quer pesquisar como e por quê de determinado fenômeno ocorrer e o foco de interesse é dentro de um contexto real. Nessa perspectiva, ao se estudar sob a ótica do estudo de caso deve-se estar aberto a diferentes descobertas devido a possibilidade de surgirem novos elementos ao longo do estudo. Ademais, o estudo de caso correlaciona diferentes métodos de coleta de dados e tem por essência caráter qualitativo.

A escolha pelo estado do Rio de Janeiro se justifica pela sua importância no panorama nacional e internacional. O estado possui uma área territorial de 43,8 mil Km² sendo um dos menores estados brasileiros, no entanto, representa o terceiro estado mais populoso do país, o que denota seu peso frente a outras unidades da federação. Além das características geográfica e populacional, o estado do Rio de Janeiro recorrentemente, e especificamente no período de 2016 a 2020 esteve nos debates da mídia a respeito dos escândalos envolvendo os governadores Sérgio Cabral e Wilson Witzel denunciados por desvios de verbas, além de repetidas mudanças de secretários de saúde ao longo da pandemia da COVID 19, igualmente envolvidos em denúncias.

Diante deste quadro torna-se pertinente e de suma importância a realização de um estudo de caso a fim de analisar o Cofinanciamento para atenção básica no estado do RJ.

O recorte temporal proposto para análise deste estudo considerou o tempo de experiência com o cofinanciamento da APS por parte do estado do Rio de Janeiro, a escassez de produção bibliográfica acerca da temática do cofinanciamento estadual e as limitações da coleta de dados disponíveis pelos sistemas de informação oficiais. Neste sentido, consideramos os programas de cofinanciamento da APS estadual entre os anos 2007 a 2020 e avaliamos mais profundamente os impactos do Programa de Financiamento da Atenção Primária (PREFAPS) vigente.

5.1 Estratégia de Coleta e Análise de Dados

O estudo foi realizado em duas etapas: A primeira etapa consistiu na revisão bibliográfica e documental utilizando pesquisa bibliográfica de artigos e periódicos em sites de busca que tecem sobre o tema de financiamento da Atenção Primária. Para busca de artigos e periódicos utilizou-se as palavras-chaves: *financiamento; Atenção Básica; Recursos federais; Recursos estaduais; Política de saúde; gestão pública* em plataforma de banco de dados disponibilizadas na biblioteca virtual de saúde Scielo e também na plataforma do Google Acadêmico. A busca foi realizada durante o período de março de 2021 até maio de 2022

A pesquisa documental foi realizada através de busca de instrumentos normativos (portarias, normas técnicas, decretos, etc.) sobre o financiamento da atenção básica que regulamentam os programas de cofinanciamento da Atenção Básica do estado do Rio de Janeiro.

Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é baseada em materiais já elaborados e fundamentados, tais como livros e artigos científicos. Dessa forma, a pesquisa bibliográfica proporciona ao estudo maior aprofundamento teórico sobre o tema proposto.

Para a análise dos programas de cofinanciamento, foram considerados os instrumentos normativos como deliberações da Comissão Intergestores Bipartite do Rio de Janeiro (CIB-RJ) e Resoluções da SES-RJ no período de 2007 a 2020 disponíveis nos sítios eletrônicos da SES RJ.

A segunda etapa foi realizada através de coleta de dados secundários em documentos públicos e ou sistemas de informação disponibilizados pelo ministério da saúde (e-gestor) e estado do RJ (TABNET) sobre os municípios participantes do Cofinanciamento de atenção primária e as ações realizadas ao longo dos anos (2007 até 2020). O período estudado foi delimitado com base no ano de início dos programas de cofinanciamento da SES RJ e o penúltimo ano completo do programa mais recente – Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS). O PREFAPS e seus componentes (Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde; Expansão da Atenção Primária à Saúde e Desempenho) foram avaliados no período 2019 a 2020 e excluído o ano 2021 devido a indisponibilidade de informações no sítio eletrônico da SES RJ e sistema de informação TABNET. No que concerne ao componente desempenho, foram estudados o alcance de metas pelos municípios nos anos 2019 e 2020 considerando os critérios de repasse financeiro estabelecidos pela

Resolução 1938 de 25 de novembro de 2019 e Deliberação CIB-RJ nº 6.233 de 13 de Agosto de 2020, respectivamente e observados os indicadores mais prevalentes segundo quadrimestre dos períodos de análise. Não foi possível analisar os recursos financeiros alocados pela SES as Secretarias Municipais de Saúde, pois tal informação não está disponibilizada nos sítios eletrônicos e documentos oficiais.

- a) Foi construída uma linha do tempo dos marcos de financiamento da AB no país com os principais instrumentos normativos, portarias, leis e deliberações de acesso público;
- b) Foram analisadas as ações de indução de modelos dos diferentes programas de cofinanciamento com base nos objetivos e indicadores expostos nas resoluções e deliberações e relatórios de avaliação dos quadrimestres executados;
- c) Foram avaliados os resultados dos componentes I, II e III do PREFAPS pelos municípios com base nos relatórios de avaliação dos quadrimestres executados e sistema de informação estadual - TABNET.

5.2 Cenário de Estudo

O estado do Rio de Janeiro está localizado na região sudeste do Brasil e é considerado um dos estados mais populosos e urbanizados do país. Com sua população estimada de 15,9 milhões de habitantes o estado se divide em 92 municípios com extensa heterogeneidade socioeconômico e territorial.

Figura 3 - Mapa do estado do Rio de Janeiro



Fonte: SES RJ, 2022.

Para a SES RJ, o estado é dividido em nove regiões de saúde: Metropolitana I e II, Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, serrana, Norte e Noroeste onde se concentram os municípios de acordo com sua localidade regional, conforme discriminado no quadro 1. No que concerne a APS, a Superintendência de Atenção Primária (SAPS) é responsável pela Política de Atenção Primária no estado e tem como premissa o apoio institucional, técnico, político e financeiro aos municípios. É constituída por um gabinete, assessoria do gabinete, área técnica de linhas de cuidado e equipes regionais que atuam na lógica de apoio institucional às regiões de saúde. O cofinanciamento da APS é planejado e executado sob a coordenação da equipe de apoio institucional das nove regiões de Saúde e orientação das equipes técnicas (RIO DE JANEIRO, 2021).

Quadro 3 - Municípios do estado do Rio de Janeiro por Regiões de Saúde, segundo SES-RJ

Regiões de saúde	Municípios
Metropolitana I	Belford Roxo; Duque de Caxias; Itaguaí; Japeri; Magé; Mesquita; Nilópolis; Nova Iguaçu; Queimados; Rio de Janeiro; São João de Meriti; Seropédica
Metropolitana II	Itaboraí; Maricá; Niterói; Rio Bonito; São Gonçalo; Silva Jardim; Tanguá.
Baía da Ilha Grande	Amgra dos Reis; Mangaratiba; Paraty
Baixada Litorânea	Araruama; Armação de Buzios; arraial do Cabo; Cabo Frio; Casimiro de Abreu; Iguaba Grande; Rio das Ostras; São Pedro da aldeia; Saquarema;
Centro Sul	Areal; Comendador Levy Gasparian; Eng ^o Paulo de Frontin; Mendes; Miguel Pereira; Parcambi; Paraíba do Sul; Paty dos Alferes; Sapucaia; Três Rios; Vassouras
Médio Paraíba	Barra do Piraí; Barra Mansa; Itatiaia; Pinheiral; Piraí; Porto real; Quatis; Resende; Rio Claro; Rio das Flores; Valença; Volta Redonda.
Serrana	Bom Jardim; Cachoeiras de Macacu; Cantagalo; Carmo; Cordeiro; Duas Barras; Guapimirim; Macuco; Nova Friburgo; Ptrópolis; Santa Maria Madalena; São José do Vale do Rio Preto; São Sebastião do Alto; Sumidouro; Teresópolis; Trajano de Moraes.
Norte	Campos dos Goytacazes; Carapebus; Conceição de Macabu; Macaé; Quissamã; São Fidelis; São Francisco de Itabapoana; São João da Barra.
Noroeste	Aperibé; Bom Jesus do Itabapoana; Cambuci; Cardoso Moreira; Italva; Itaocara; Itaperuna; Laje do Muriaé; Miracema; Natividade; Porciúncula; Santo Antônio de Pádua; São José de Ubá; Varresai

Fonte: A autora, 2022.

A divisão por regiões foi realizada de forma territorial e administrativa, com diferenças significativas na distribuição de municípios e porte populacional. Algumas regiões possuem características específicas, como exemplo das Regiões Norte e Metropolitana II que absorvem a produção de Petróleo na Bacia de Campos e o Complexo Petroquímico em Itaboraí. A Região Metropolitana I agrega o município do Rio de Janeiro, capital do estado que concentra 70% da força econômica. Já a Região Médio Paraíba possui Companhia Siderúrgica Nacional e dezenas industrias metalúrgicas, automobilística e têxtil (IBGE, 2020).

Ao avaliarmos o porte populacional dos municípios, as regiões Metropolitana I e II são responsáveis por mais de 70% da população do estado, onde o município do Rio de Janeiro apresenta maior contingente populacional. Por outro lado, observa-se que as regiões Norte e

Noroeste representam 7,5% da população, reforçando a disparidade regional, conforme a tabela demonstra a seguir.

Tabela 1 - População estimada do estado do Rio de Janeiro segundo Região de Saúde por município, no ano 2020²

Região de Saúde/Município	População estimada
Total	17.366.189
Baía da Ilha Grande	295.944
Angra dos Reis	207.044
Mangaratiba	45.220
Paraty	43.680
Baixada Litorânea	855.444
Araruama	134.293
Armação dos Búzios	34.477
Arraial do Cabo	30.593
Cabo Frio	230.378
Casimiro de Abreu	45.041
Iguaba Grande	28.837
Rio das Ostras	155.193
São Pedro da Aldeia	106.049
Saquarema	90.583
Centro-Sul	342.078
Areal	12.669
Comendador Levy Gasparian	8.576
Engenheiro Paulo de Frontin	14.071
Mendes	18.648
Miguel Pereira	25.581
Paracambi	52.683
Paraíba do Sul	44.518
Paty do Alferes	27.858
Sapucaia	18.249
Três Rios	82.142
Vassouras	37.083
Médio Paraíba	918.097
Barra do Piraí	100.764
Barra Mansa	184.833
Itatiaia	32.064
Pinheiral	25.364
Piraí	29.545
Porto Real	19.974

² Tendo em vista que as estimativas de 2021 só foram divulgadas em 2022, a SES-RJ adotou, para 2021, a mesma população estimada para 2020.

Quatis	14.435
Resende	132.312
Rio Claro	18.605
Rio das Flores	9.344
Valença	76.869
Volta Redonda	273.988
Metropolitana I	10.542.254
Belford Roxo	513.118
Duque de Caxias	924.624
Itaguaí	134.819
Japeri	105.548
Magé	246.433
Mesquita	176.569
Nilópolis	162.693
Nova Iguaçu	823.302
Queimados	151.335
Rio de Janeiro	6.747.815
São João de Meriti	472.906
Seropédica	83.092
Metropolitana II	2.131.058
Itaboraí	242.543
Maricá	164.504
Niterói	515.317
Rio Bonito	60.573
São Gonçalo	1.091.737
Silva Jardim	21.774
Tanguá	34.610
Noroeste	349.417
Aperibé	11.901
Bom Jesus do Itabapoana	37.203
Cambuci	15.514
Cardoso Moreira	12.821
Italva	15.299
Itaocara	23.222
Itaperuna	103.800
Laje do Muriaé	7.326
Miracema	27.154
Natividade	15.311
Porciúncula	18.960
Santo Antônio de Pádua	42.594
São José de Ubá	7.206
Varre-Sai	11.106
Norte	955.122
Campos dos Goytacazes	511.168

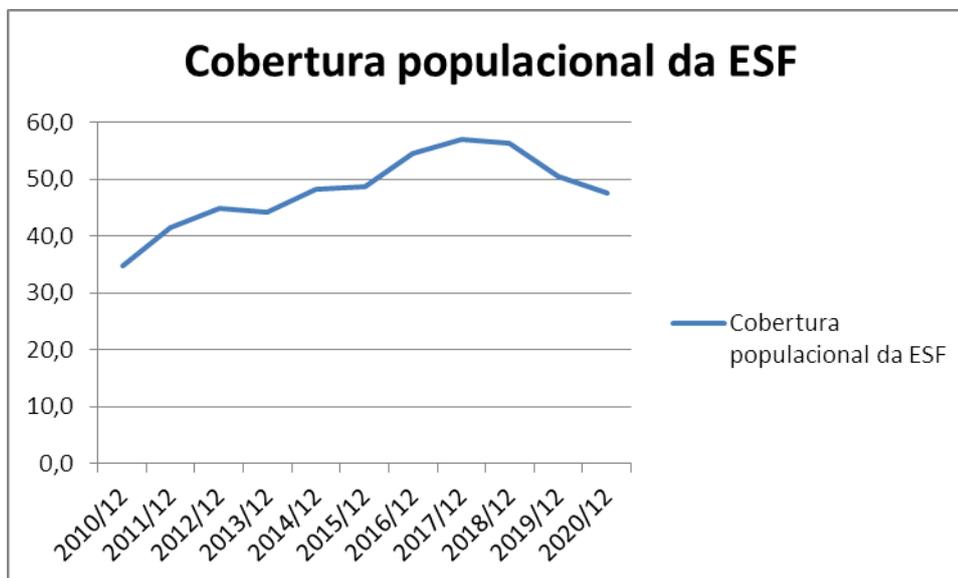
Carapebus	16.586
Conceição de Macabu	23.398
Macaé	261.501
Quissamã	25.126
São Fidélis	38.710
São Francisco de Itabapoana	42.210
São João da Barra	36.423
Serrana	976.775
Bom Jardim	27.616
Cachoeiras de Macacu	59.303
Cantagalo	20.168
Carmo	19.030
Cordeiro	22.041
Duas Barras	11.528
Guapimirim	61.388
Macuco	5.623
Nova Friburgo	191.158
Petrópolis	306.678
Santa Maria Madalena	10.392
São José do Vale do Rio Preto	21.916
São Sebastião do Alto	9.387
Sumidouro	15.667
Teresópolis	184.240
Trajano de Moraes	10.640

Fonte: TABNET SES-RJ, 2020.

Em análise do volume populacional de cada município, é possível observar a disparidade regional onde notoriamente o município do Rio de Janeiro exerce grande influência no número de equipes de Saúde da Família e quantidade de equipamentos de saúde existentes.

Em relação a cobertura da ESF, o estado do Rio de Janeiro evoluiu timidamente ao longo dos anos. Sua ascensão ocorreu de forma expressiva no período de 2009 a 2017 que passou de 35,7% para 57,1% de cobertura da ESF, onde ocorreu uma reforma da APS no município do Rio de Janeiro durante o mandato do prefeito Eduardo Paes. Contudo, observa-se um decréscimo no período entre 2018 e 2020 de 379 equipes de saúde da família com ênfase nos anos 2018 e 2019 onde houve redução mais expressiva de equipes. Esta clareza na flutuação da cobertura da ESF no panorama geal relacionado ao município do Rio de Janeiro aponta para a importância que o mesmo apresenta no cenário estadual.

Gráfico 2 - Cobertura populacional da ESF no estado do Rio de Janeiro



Fonte: TABNET SES-RJ, 2022.

5.3 Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo dispensa submissão e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, pois utiliza apenas a pesquisa em base de dados, sendo, portanto, de domínio público e contendo informações que não identificam os indivíduos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

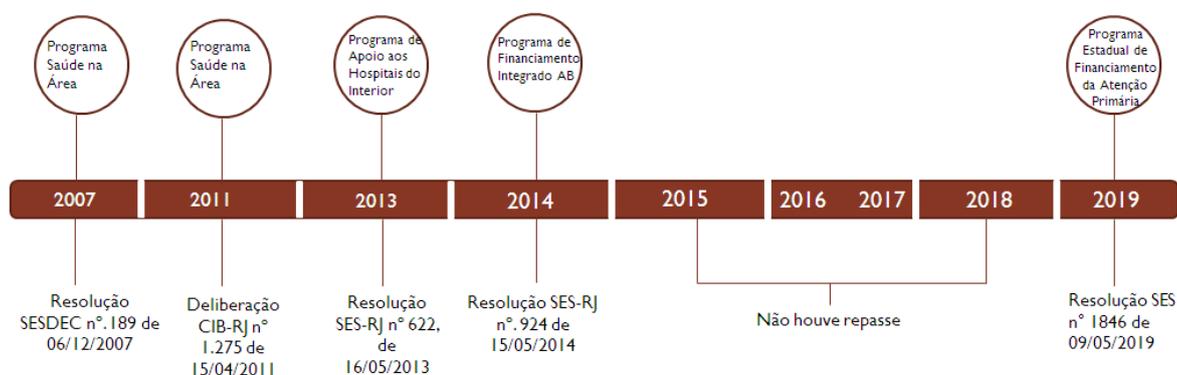
6.1 O estudo de caso – O financiamento estadual da atenção básica do Rio de Janeiro

O financiamento do SUS é tripartite e seu repasse ocorre através do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Quando de forma complementar, ocorre a transferência do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, fato que ocorre no cofinanciamento da APS. Contudo, compreende-se que a partir da implantação e expansão da ESF a esfera federal passou a ter forte influência na transferência de recursos para este nível de atenção a saúde, e os estados tornaram-se ainda mais coadjuvantes deste processo.

O estado do Rio de Janeiro tem regulamentado o repasse de incentivo financeiro de recurso estadual aos municípios para a AB por meio de resoluções que trazem critérios e condicionalidades para adesão e repasse financeiro contínuo desde 2007, ano de mudanças na SES-RJ, no tocante a regionalização e participação orçamentária na gestão do SUS. Foi neste ano que a SES aderiu ao Pacto pela Saúde, assumindo o compromisso de realizar o processo de regionalização através do reconhecimento das regiões de saúde.

Abaixo são apresentados os programas em linha do tempo desde o início dos programas de cofinanciamento da SES até o programa vigente.

Figura 4 - Linha do tempo dos programas de financiamento da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro



Fonte: A autora, 2022.

Através da Resolução SESDEC n. 189 de 06 de dezembro de 2007, foi regulamentado o primeiro programa de financiamento da AB do estado do Rio de Janeiro, que criou o Programa Saúde na Área, que pretendia aproximar a SES com as secretarias municipais de

saúde através de visitas realizadas pelo secretário de saúde e sua equipe técnica. Este programa teve como objetivo ampliar o acesso e qualificar as Unidades/Equipes de Atenção Básica implantadas nos municípios por meio de alcance de metas estabelecidas pela SES (SESDEC, 2007). O programa visava também a aproximação da Secretaria de Estado de Saúde às Secretarias Municipais de Saúde por meio de visitas realizadas pela equipe técnica às regiões de saúde.

Para adesão ao Programa Saúde na Área e repasse financeiro mensal do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais, os municípios deveriam apresentar propostas de organização das unidades de saúde conforme orientações descritas na PNAB; implantar ações capazes de gerar impacto nos indicadores estabelecidos pela SES e possuir equipes de saúde da família cadastradas no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Ademais, para o estabelecimento do valor a ser repassado para os municípios que aderiram ao Programa, o cálculo foi baseado pelo número de equipes da Saúde da Família/Atenção Básica, credenciadas e atuantes no município.

É importante ressaltar que a Resolução n. 189 previu a inserção anual de novos indicadores para fins de repasse. Esta inserção se deu pela Deliberação CIB-RJ n. 1.275 de 15 de abril de 2011, quatro anos depois, que apresenta os indicadores de saúde para acompanhamento no ano 2011, referentes ao repasse do incentivo financeiro para as unidades/equipes de atenção básica. Os municípios aderidos ao Programa deveriam elaborar um plano de trabalho visando o alcance das metas destes indicadores e consequentemente, a qualificação da Atenção Básica.

Nota-se que, ao comparar os indicadores dispostos na Resolução n. 189 e na Deliberação n. 1.275 (Quadro 4), são poucas as diferenças entre os indicadores nos dois documentos, além de ter sido mantida a mesma população alvo (mulher, adulto/idoso, agravos estratégicos), e o mesmo quantitativo de indicadores, o total de cinco.

Quadro 4 - Indicadores e metas estabelecidos nos programas de financiamento do estado do Rio de Janeiro nos anos 2007, 2011, 2013, 2014 e 2019

Documento	Objetivo	Crítérios para repasses	Metas
Resolução SESDEC nº. 189 de 06/12/2007	Ampliar o acesso e qualificar as Unidades/Equipes de Atenção Básica	Alcance de metas - Indicadores de saúde: I) percentual de cura de casos novos de tuberculose; II) coeficiente de hospitalização por doença psiquiátrica; III) proporção de nascidos vivos de mães com seis ou mais consultas de pré-natal; IV) razão entre	I) aumentar, no mínimo, 10% do valor apresentado no ano anterior II) reduzir 12% do coeficiente de internação alcançado no ano anterior; III) aumentar, no mínimo,

Deliberação CIB-RJ nº 1.275 de 15/04/2011	Fixar indicadores de saúde para acompanhamento no ano 2011	exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos; V) percentual de captação e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na população com 40 anos e mais. Alcance de metas - Indicadores de saúde: I) percentual de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal; II) razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária; III) taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral na população de 30 a 59 anos de idade; IV) percentual de abandono de tratamento de tuberculose na coorte; V) aumentar a oferta de dispositivos de atenção psicossocial de acordo com o perfil populacional e epidemiológico.	10% do valor apresentado no ano anterior; IV) atingir a meta preconizada de 0,30 e V) captar 90% dos estimados da população cadastrada e acompanhar 80% I) R > ou = 15% Parâmetro valor maior ou igual 30%; II) R > SI Parâmetro resultado maior ou igual a 0,17; III) R < SI Parâmetro resultado menor ou igual 4/10000 IV) R < SI Parâmetro resultado menor ou igual a 5%; V) R > SI Parâmetro aumento em 25%
*Resolução SES-RJ nº 622, de 16/05/2013	Componente Atenção Básica: apoiar sua qualificação, contribuindo para diminuir as internações evitáveis	Alcance de metas Municipais (Atenção Básica à Saúde): a) acolhimento da demanda espontânea; b) atenção básica com resolubilidade; c) Implantação da Comissão da Atenção Hospitalar/Atenção Básica para investigação das internações por condições sensíveis à atenção básica – ISAB; d) serviço de Ouvidoria	Metas: a) apresentação de projeto de acolhimento à demanda espontânea por unidade básica de saúde, com os respectivos protocolos; envio semestral dos Relatórios mensais de avaliação da efetividade do Acolhimento à demanda espontânea; b) elaboração de Projeto municipal com a escolha dos agravos e queixas mais comuns no acolhimento à demanda espontânea; elaboração, publicação, implantação e divulgação de Carteira de Serviços das Unidades Básicas de Saúde; c) implementação da Comissão da Atenção Hospitalar /Atenção Básica; elaboração e envio de relatório trimestral de síntese das

Resolução SES-RJ nº. 924 de 15/05/2014	Fortalecer e qualificar a Atenção Básica em Saúde por meio do incentivo a ampliação do acesso, resolutividade das ações e articulação em rede	Alcance de metas - Eixo I “Atenção Básica na Rede de Saúde” Metas: a) elaboração da Carteira de Serviços da Atenção Básica; b) investigação das Internações Sensíveis a Atenção Básica para municípios com menos de 120 mil habitantes. Eixo II “Agenda Programada para as Linhas de Cuidado” Metas: a) realização de pré-natal nos serviços do SUS; b) garantia do número mínimo de consultas de pré-natal preconizado; c) diagnóstico, tratamento e notificação dos casos de sífilis na gestação e vinculação para o parto.	investigações sensíveis à atenção básica; d) Serviço de ouvidoria implantado e em funcionamento.
Resolução SES n° 1846 de 09/05/2019	Apoiar a Estratégia Saúde da Família (ESF) dos Municípios, a partir da manutenção e expansão das equipes de saúde da família (eSF) e de saúde bucal na estratégia de saúde da família (eSB/SF), bem como fomentar a qualidade e o alcance de metas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	O recurso financeiro do PREFAPS é destinado, exclusivamente, ao fomento à Atenção Primária à Saúde (APS) e tem três componentes. I) Componente de Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde - considera o repasse de recursos financeiros calculado com base no número de eSF, de eSB/SF, de eNASF-AB e de equipes de eCnaR implantadas; II) Componente de Expansão da Estratégia Saúde da Família - destinado aos municípios que implementarem novas equipes de eSF, eSB/SF, eCnaR e eNASF-AB; III) Componente de Desempenho da Atenção Primária à Saúde - destina-se a qualificação das ações executadas na AB.	Eixo I, meta a) implantação da carteira de serviços; b) produção de relatório com investigação das duas causas de ISAB mais prevalentes com Projetos Terapêuticos Singulares. Eixo II, meta a) elevação do percentual de gestantes em atendimento no SUS; b) elevação do percentual de gestantes com 6 ou mais consultas; c) elaboração de relatório síntese dos casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita; informação sobre as maternidades de referência para o parto de risco habitual e alto risco na Carteira de Serviços. Metas do componente III: 1) Razão de consultas médicas na eSF por população estimada coberta na eSF ; 2) Razão de consultas de enfermagem na eSF por população estimada coberta na eSF; 3) Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal; 4) Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente; 5) Número de casos novos de sífilis congênita em menores

de um ano de idade; 6) Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF); 7) Proporção de eSF que realizam, no mínimo, 70% de procedimentos do rol elencado para a APS; 8) Proporção de eSF que realizam, no mínimo, 70% de procedimentos do rol elencado para Saúde Bucal; 9) Cobertura vacinal de pentavalente (3ª dose) em menores de 1 ano de idade; 10) Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera com confirmação laboratorial; 11) Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada (HAS, DM e Obesidade).

***Considerado apenas o Componente Atenção Básica**

Fonte: A autora, 2021.

Em 2013 a SES-RJ buscou subsidiar a atenção hospitalar instituindo o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI). Tal programa teve por objetivo a melhoria da qualidade da atenção hospitalar em municípios de até 115 mil habitantes e incluía um componente de Atenção Básica para o repasse financeiro (SES-RJ, 2013). Posteriormente o componente de Atenção Básica foi incorporado na Resolução n. 924 de 15 de maio de 2014 que trouxe novas propostas para o repasse de recursos aos municípios, instituindo o Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica – Cofinanciamento Estadual na competência 2014.

O Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica era destinado a todos os municípios que, de maneira voluntária, faziam a adesão. Tinha por objetivo “fortalecer e qualificar a Atenção Básica em Saúde por meio do incentivo à ampliação do acesso e à resolutividade das ações, bem como da articulação em rede com os demais serviços.” (SES-RJ, 2014).

Os municípios que possuíssem equipes de saúde da família implantadas ou equipes de Atenção Básica com adesão ao Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) eram considerados aptos a realizar a adesão ao programa. Para a adesão, os municípios deveriam encaminhar a SES o Termo de Compromisso assinado pelo Prefeito, Secretário Municipal de Saúde, Coordenador Municipal de Atenção Básica/Saúde da Família e Secretário de Estado de Saúde e o plano de trabalho contendo propostas de implantação de ações para o alcance das metas estabelecidas no programa.

O Cofinanciamento Estadual era estruturado em dois eixos que continham metas específicas para alcance dos municípios e repasse de recursos. Os eixos referem-se Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde e Agenda Programada para as linhas de Cuidado. Esses eixos e metas foram estabelecidos a partir de discussão interna das equipes que compunham a antiga Superintendência de Atenção Básica (SAB) da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) – Áreas Técnicas de Saúde da Mulher e Saúde da Criança, equipes de Apoio às Regiões de Saúde. Tais discussões, com foco no perfil epidemiológico e nas diferenças entre regiões existentes no estado do Rio de Janeiro, suscitaram as metas identificadas como prioritárias para o alcance da melhoria da qualidade da atenção à saúde.

O Eixo I “Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde” apresentava como principais objetivos o fortalecimento da AB e sua integração com a Rede. Já o Eixo II “Agenda Programada para Linhas de Cuidado” tinha como foco a linha de cuidado materno-infantil e o enfrentamento da sífilis congênita. Para cada eixo havia metas a serem alcançadas para recebimento dos incentivos.

As metas estabelecidas em cada eixo caracterizavam-se como indução pela Secretaria aos municípios, de novas formas de organização e práticas de serviço. As ações como construção e implantação da Carteira de Serviços, implantação de Comissão de investigação de Interações Sensíveis a Atenção Básica com participação da atenção hospitalar e Atenção Básica; Realização de pré-natal dos serviços do SUS; Diagnóstico, tratamento e investigação dos casos de sífilis na gestação e congênita são exemplos de metas fixadas no Eixo I e Eixo II com objetivo claro de indução de novas práticas e de mudança do contexto epidemiológico dos municípios participantes.

O programa apresentava duas formas de repasse: parte fixa e parte variável. A parte fixa referia-se ao valor correspondente a faixa/critérios em que o município se apresenta multiplicado pelo número de equipes de saúde da família ou Atenção Básica com PMAQ, e representava 50% do valor máximo previsto. A parte variável, no entanto, correspondia ao alcance das metas estabelecidas.

As cinco faixas e os respectivos valores por equipe eram discriminados de acordo com o porte populacional conforme quadro 4.

Quadro 5 - Faixas e critérios para repasse da parte fixa do Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica

Faixa	Valor por equipe de Saúde da Família ou equipe de Atenção Básica	Pontuação ponderada e porte populacional
I	R\$ 3.500,00/mês	Pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes;
II	R\$ 3.000,00/mês	Pontuação entre 4,82 e 5,40 e população de até 100 mil habitantes
III	R\$ 2.500,00/mês	Pontuação entre 5,40 e 5,85, e população de até 500 mil habitantes; e os municípios com pontuação menor que 5,40 e população entre 100 e 500 mil habitantes
IV	R\$ 2.000,00/mês	Municípios não contemplados nas faixas anteriores e população até 1,5 milhão de habitantes
V	R\$ 500,00/mês	Municípios com população superior a 1,5 milhão de habitantes

Fonte: Resolução n. 924 de 15 de maio de 2014.

Para o uso do recurso, a Resolução n. 924 estabelecia que os municípios deveriam utilizar em todas as despesas de custeio e capital associadas as responsabilidades definidas para a gestão da Atenção Básica e em conformidade com o Plano Municipal de Saúde.

A indução de organização de serviços atrelada ao financiamento e a adesão de novas práticas instituída no Eixo I do Programa de Cofinanciamento Estadual da Atenção Básica Competência apresenta significativa importância, por associar-se aos atributos essenciais da Atenção Básica à Saúde e ofertar aos municípios instrumentos valiosos a serem utilizados para o fortalecimento da Atenção Básica, qualificação das ações e serviços de saúde e construção da Rede de Atenção à Saúde.

Durante os anos 2015, 2016, 2017 e 2018 não houve repasses estaduais para o financiamento da APS, o estado do Rio de Janeiro decretou estado de calamidade pública e enfrentou grandes dificuldades em manter o funcionamento das unidades de saúde, a prestação de serviços e honrar com a folha de pagamento dos servidores estaduais (ARRUDA, 2018).

Aqui cabe lembrar os escândalos políticos envolvendo os ex governadores Sérgio Cabral e Wilson Witzel, que foram denunciados e presos por corrupção. Além disso, a

Secretaria Estadual de Saúde passou por mudanças recorrentes de secretários igualmente denunciados por corrupção, sobretudo durante o período da pandemia Do novo coronavírus (COVID 19).

No ano de 2019, com o início de um novo governo estadual, as estratégias de financiamento tornaram-se projetos prioritários. No que se refere a APS, a Resolução SES nº 1938, de 25 de novembro de 2019, publicada no Diário Oficial-RJ, aprovou o Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS) do Estado do Rio de Janeiro. Assim como o Programa de Cofinanciamento da APS de 2014, o programa em vigor atende a todos os municípios do Rio de Janeiro, que realizarem a adesão voluntária para a sua participação.

6.2 O programa estadual de financiamento da atenção primária à saúde: o que tem de novo?

O PREFAPS tem por objetivo fortalecer a AB dos municípios através da manutenção e expansão das equipes de Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (eSB/SF), equipes de Consultório na Rua (eCnaR) e de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (eNASF-AB), além de fomentar a qualidade dos serviços e o alcance de metas pactuadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O Programa possui três componentes e seu recurso financeiro deve ser utilizado exclusivamente para a AB. São componentes do PREFAPS:

6.2.1 Componente de Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde

Considera o repasse de recursos financeiros calculado com base no número de eSF, de eSB/SF, de eNASF-AB e de equipes de eCnaR implantadas nos municípios, conforme dados disponíveis em fonte disponibilizada pelo Ministério da Saúde. Os valores a serem repassados as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal baseiam-se nas definições estabelecidas pelo Ministério da Saúde (PIB Per Capita, Percentual da População com Plano de Saúde, Percentual da População com Bolsa Família, Percentual da População em Extrema Pobreza,

Densidade Demográfica e Porte Populacional). O conjunto de municípios é estratificado em quatro faixas, onde cada uma possui um valor.

Quadro 6 - Distribuição de recursos financeiros por faixa

Faixa	Valor faixa eSF	Valor faixa eSB/SF
1	3.740,00	1.160,00
2	3.205,00	1.005,00
3	2.670,00	825,00
4	2.140,00	670,00

Fonte: SES-RJ, 2019.

Os recursos são calculados a partir da multiplicação entre o valor da faixa e o número de equipes eSF e eSB/SF correspondentes. Esses valores são acrescidos de bonificação em função da cobertura populacional estimada pela ESF, da seguinte forma: municípios com cobertura de ESF entre 70% e 99,9% passariam a receber um acréscimo de 10% e municípios com 100% de cobertura de ESF receberiam um acréscimo de 15%.

A partir da publicação da Resolução SES-RJ nº1.938 de 2019, foram incluídos valores para cada modalidade de equipes de CnaR, e-NASF-AB e no ano 2020, através da Deliberação CIB-RJ nº 6232 houve um aumento no valor de repasse para as equipes NASF-AB e a inclusão dos Polos de Academia da Saúde (PAS).

Quadro 7 - Comparativo dos valores do Componente I – Sustentabilidade para as equipes no período de 2019 e 2020

Tipo de equipe	Valor (2019)	Valor (2020)
Equipe de Consultório na Rua – Modalidade I	R\$ 9.644,91	R\$ 9.644,91
Equipe de Consultório na Rua – Modalidade II	R\$ 13.231,45	R\$ 13.231,45
Equipe de Consultório na Rua – Modalidade III	R\$ 17.060,34	R\$ 17.060,34
Equipe de NASF AB – Modalidade I	R\$ 9.693,37	R\$ 20.000,00
Equipe de NASF AB – Modalidade II	R\$ 5.816,02	R\$ 10.000,00
Polo de Academia da Saúde	-	R\$ 3.000,00

Fonte: Resolução SES nº 1938 de 25 de novembro de 2019 ; Deliberação CIB-RJ nº 6232, 2020.

6.2.2 Componente de Expansão da Estratégia Saúde da Família

É destinado aos municípios que implementarem novas equipes de eSF, eSB/SF, eCnaR e eNASF-AB. As solicitações de novas equipes devem ser realizadas pelo município diretamente com o Ministério da Saúde. As equipes novas deverão ter seu projeto de credenciamento aprovado pela Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS/SGAIS/SES-RJ) e pactuado pela CIB-RJ, além de atestar o início de suas atividades com base em relatório de produção do primeiro mês de funcionamento. Os repasses financeiros são realizados com frequência quadrimestral e em parcelas únicas, correspondente a soma total de equipes implantadas no quadrimestre, cujos valores por equipe estão descritos no quadro a seguir:

Quadro 8 - Valores de referência por tipo de equipe nos anos 2019 e 2020

Tipo de equipe	Parcela única (2019)	Parcela única (2020)
eSF	R\$ 20.000	R\$ 20.000
eSB/eSF	R\$ 10.000	R\$ 10.000
NASF Mod I	R\$ 10.000	R\$ 10.000
NASF Mod II	R\$ 5.000	R\$ 5.000
CnaR Mod I	R\$ 20.000	R\$ 20.000
CnaR Mod II	R\$ 20.000	R\$ 20.000
CnaR Mod III	R\$ 20.000	R\$ 20.000
PAS Mod I	-	R\$ 10.000
PAS Mod II	-	R\$ 15.000
PAS Mod III	-	R\$ 20.000

Fonte: Resolução SES-RJ N° 1938, de 25 de novembro de 2019.

6.2.3 Componente de Desempenho da Atenção Primária à Saúde

Este componente destina-se a qualificação das ações executadas na AB, e seu repasse de recursos está condicionado ao alcance de metas de um conjunto de indicadores estratégicos estabelecidos nesta resolução. Tais indicadores e metas são elencados e publicados anualmente, conforme prioridades do estado.

No primeiro ano do programa foram pactuados 11 indicadores, que buscavam avaliar as ações dirigidas especialmente à saúde da mulher e criança, doenças crônicas, tuberculose, sífilis e acesso aos serviços de saúde na AB. Em 2020, a partir da Deliberação CIB-RJ n°

6233 de 13 de agosto de 2020 houve uma redução do número dos indicadores, em virtude de reavaliação técnica das áreas relacionadas, sendo pactuados apenas 8 indicadores.

Quadro 9 - Rol de indicadores e metas do Componente Desempenho do PREFAPS no ano de 2019

Indicador	Meta 1º QUAD.	Meta 2º QUAD.	Meta Anual 3º QUAD.
1: Razão de consultas médicas na USF por população estimada coberta na ESF	0,3	0,3	1
2: Razão de consultas de enfermagem na USF por população estimada coberta na ESF	0,2	0,2	0,6
3: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,2	0,2	0,6
4: Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	75%	75%	75%
5: Cobertura vacinal de pentavalente (3a dose) em menores de 1 ano de idade	95%	95%	95%
6: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (Proporção de redução do número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade)	Indicador de monitoramento anual		Redução de 5% em relação ao ano anterior
7: Cobertura de acompanhamento das Condições de Saúde do Programa Bolsa Família	-	50%	75%
8: Proporção de equipes de Saúde da Família que realizam, no mínimo, 70% de ações do rol elencado para APS, baseado no PMAQ-AB	70% de eSF c/ 50% de ações	70% de eSF c/ 60% de ações	70% de eSF c/ 70% de ações
9: Proporção de equipes de Saúde Bucal na Saúde da Família que realizam, no mínimo, 70% de ações do rol elencado para saúde bucal para APS, baseado no PMAQ-AB	70%	70%	70%
10: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	Indicador de monitoramento anual		85%
11: Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada	0,3	0,3	1

Fonte: Resolução SES-RJ nº 1938, de 25 de novembro de 2019.

Quadro 10 - Rol de indicadores e metas do Componente Desempenho do PREFAPS no ano de 2020

Indicador	FonteNu merador	FonteDeno minador	Meta	Periodicidade da avaliação
1: Razão entre atendimentos médicos na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família	SIS AB	e- Gestor	0,3	Quadrimestral
2: Razão entre atendimentos de enfermeiros (as) na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família	SIS AB	e- Gestor	0,2	Quadrimestral
3: Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	SINA SC		75%	Quadrimestral
4: Cobertura de acompanha- mento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Sistema Bolsa Família naSaúde (e- Gestor/MS)		75%	Semestral
5: Cobertura de Triagem Neonatal biológica no SUS	SR TN	SINAS C	75%	Anual
6: Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros (as) aos hipertensos na APS e a estimativa de adultos hipertensos cobertos pela Estratégia Saúde da Família.	SIS AB	e- Gestor	0,25	Quadrimestral
7: Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros (as) aos diabéticos na APS e a estimativa de adultos diabéticos cobertos pela Estratégia Saúde da Família.	SIS AB	e- Gestor	0,25	Quadrimestral
8: Proporção de equipes de saúde bucal na Saúde da Família (eSB/SF) que realizam, no mínimo, 50% de ações do rol mínimo preconizado.	SIS AB	e- Gestor	50%	Quadrimestral

Fonte: Deliberação CIB-RJ nº 6.233, de 13 de agosto de 2020.

De acordo com a Resolução 1938 de 25 de novembro de 2019, a apuração do alcance dos resultados no ano 2019 foi realizada quadrimestralmente da seguinte forma:

§ 5º - Para os dois primeiros quadrimestres do ano, o valor a ser recebido no Componente III corresponderá à:

I - alcance de metas de 0 a 4 indicadores: valor do repasse igual a zero (0%) do teto de recursos repassados no componente I;

II - alcance de metas de 5 a 7 indicadores: valor do repasse igual a 50% do teto de recursos repassados no componente I;

III - alcance de metas de 8 a 9 indicadores: valor do repasse igual a 100% do teto de recursos repassados no componente I.

§ 6º - Para o terceiro quadrimestre, que corresponderá à avaliação anual, o valor a ser recebido no Componente III corresponderá à:

I - alcance de metas de 0 a 4 indicadores: valor do repasse igual a zero (0%) do teto de recursos repassados no componente I;

II - alcance de metas de 5 a 7 indicadores: valor do repasse igual a 50% do teto de recursos repassados no componente I;

III - alcance de metas de 8 a 11 indicadores: valor do repasse igual a 100% do teto de recursos repassados no componente I.

Já no ano 2020, com pactuação sobre o Componente desempenho e rol de indicadores e metas, através da Deliberação CIB-RJ nº 6.233 de 13 de Agosto de 2020, ficou instituído:

I – Cumprimento de 6 a 8 metas: 100% do recurso do Componente Sustentabilidade;

II – Cumprimento de 3 a 5 metas: 50% do recurso do Componente Sustentabilidade;

III – Cumprimento de 0 a 2 metas: sem repasse de recursos.

A partir da comparação do PREFAPS com os programas anteriores, nota-se a inovação de incentivar a sustentabilidade e ampliação de novas equipes de saúde da família e a incorporação das equipes CnAr, NASF-AB e Polos de Academia para o seu financiamento e manutenção, equipamentos importantes para o fortalecimento da assistência, resolutividade da APS e promoção da saúde.

6.3 Resultados do Programa de Cofinanciamento Estadual (PREFAPS) dos anos 2019 e 2020

O PREFAPS obteve três anos completos de implantação nos anos 2019, 2020 e 2021 e para cada ano a SES realizou relatórios com análises quadrimestrais dos componentes do programa, sobretudo dos indicadores instituídos no componente Desempenho. Estes relatórios possuem acesso público no sítio eletrônico da SES RJ.

Abaixo estão descritos e analisados os resultados alcançados pelos municípios participantes do PREFAPS por componentes nos anos 2019 e 2020, uma vez que alguns dados de 2021 não estão disponíveis para apreciação.

6.3.1 Componente Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde

Este componente tem o objetivo de fomentar a manutenção das eSF e consequentemente o fortalecimento da ESF como modelo estruturante da APS nos municípios. Neste sentido, o componente sustentabilidade busca repassar recursos por equipes em funcionamento. O levantamento de eSF funcionantes foi realizado através do documento “Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados” emitido pelo Ministério da Saúde.

No primeiro quadrimestre de 2019, 91 dos 92 municípios participantes foram contemplados na manutenção de eSF e eSB, correspondendo ao valor total de R\$ 32.272.417,25 repassados fundo estadual aos fundos municipais de saúde. Nos dois quadrimestres posteriores, foi observado uma redução de número de equipes no estado. Cabe lembrar que o ano 2019 na capital do RJ foi marcado por duras ações de desmonte da ESF, reflexo da política nacional que institui a eAP e desmobilizou categorias chaves para o processo da ESF, bem como do governo Crivella, então prefeito da cidade, que notadamente riscou a saúde da agenda política prioritária. No município do Rio de Janeiro a redução do número de equipes foi expressiva, de acordo com dados do Ministério da Saúde, que culminou na redução de cobertura populacional pela ESF e impactou no indicador do estado, conforme demonstra a tabela abaixo.

Tabela 2 - Cobertura de Atenção Básica no município do Rio de Janeiro nos anos, 2018, 2019 e 2020

Competência	Município	População	Nº ESF Cob.	Nº EAB Param. Cob.	Nº eSF equivalente	Cobertura ESF	Cobertura AB
DEZ/2018	RIO DE JANEIRO	6.520.266	1.091	20	138	57,72%	64,98%
DEZ/2019	RIO DE JANEIRO	6.688.927	858	0	139	44,27%	50,50%
DEZ/2020	RIO DE JANEIRO	6.718.903	771	29	114	39,60%	45,98%

Fonte: e-gestor Atenção Básica, 2022.

Em termos financeiros, em 2019 a SES RJ transferiu fundo a fundo o valor total de R\$ 121.672.317,19 considerando os três quadrimestres e todos os tipos de equipes propostos no componente (eSF, eSF/eSB, CnaR e NASF-AB). Os detalhes estão descritos no quadro abaixo.

Tabela 3 - Valores das transferências de recursos do Componente Sustentabilidade por tipo de equipe e quadrimestre de referência

Tipo de Equipe	1º Quadrimestre		2º Quadrimestre		3º Quadrimestre	
	Média mensal de equipes	Valor de referência (R\$)	Média mensal de equipes	Valor de referência (R\$)	Média mensal de equipes	Valor de referência (R\$)
eSF	2.793	32.272.417,2	2.721	31.675.504	2.652	31.106.157,75
eSF/SB	1.167	5	1.140	,50	1.138	
NASF	204	7.754.695,93	202	7.690.719,69	194	7.396.041,24
CnaR	20	1.224.467,00	21	1.270.462,07	21	1.281.851,76
Total	-	41.251.580,18	-	40.636.686,26	-	39.784.050,75

Fonte: SAPS/SGAIS/SES-RJ, 2022.

No ano de 2020 a redução do número de equipes se mantém e a cobertura por eAB é superior a eSF, uma vez que o número da população adscrita é maior ao estipulado pela equipe de saúde da família. Essa inversão de modelo de assistência altera o acesso ao serviço de saúde da população e fragiliza a coordenação do cuidado devido a modalidade das equipes, tal como descrito no capítulo 1.

Os resultados do componente sustentabilidade e valores de repasse não foram contemplados nos relatórios emitidos pela SES RJ nos anos subsequentes, o que nos impede de realizar uma análise comparativa do panorama das equipes fomentadas pelo Programa.

6.3.2 Componente Expansão da Atenção Primária à Saúde

Este componente tem por objetivo fomentar o aumento da cobertura da atenção primária através da implantação de novas equipes de saúde da família, equipe de saúde bucal,

NASF e CnaR nos municípios. No ano 2019 apenas 13 municípios ampliaram equipes, com total de 22 eSF, 9 eSB e 1 CnaR

Quadro 11 - Municípios que ampliaram equipes no ano 2019

MUNICÍPIO	TIPO DE EQUIPE	Nº DE EQUIPES NOVAS	QUADRIMESTRE	VALOR DE REPASSE R\$
Paty do Alferes	eSF	2	1º	40.000,00
Barra Mansa	CnaR	1	2º	20.000,00
Macuco	eSF	1	2º	20.000,00
Mesquita	eSF	8	2º	160.000,00
Miguel Pereira	eSF	1	2º	20.000,00
Piraí	eSF	1	2º	20.000,00
Resende	eSF	1	2º	20.000,00
São Fidelis	eSF	3	2º	60.000,00
Miguel Pereira	eSB/eSF	3	3º	30.000,00
Pinheiral	eSB/SF	3	3º	30.000,00
Santa Maria Madalena	eSF	2	3º	40.000,00
São Pedro da Aldeia	eSB/eSF	3	3º	30.000,00
Valença	eSF	3	3º	60.000,00

Fonte: SAPS/SGAIS/SES-RJ, 2020.

Observa-se que não houve expansão de equipes NASF-AB no período, pois não houve portaria de credenciamento pelo Ministério da Saúde, reflexo do posicionamento político em não fomentar equipes NASF. Essa observação nos permite apontar para o impacto que o governo federal incide na realidade dos municípios a partir da sua condução da política da atenção básica. Já em relação a expansão da ESF, nenhum município das regiões Metropolitana II e Noroeste credenciou equipes, em contrapartida, os municípios da região Médio Paraíba obteve maior representatividade, sobretudo os municípios com menor porte populacional.

A SES RJ não apresentou em seus relatórios analíticos dos anos subsequentes os resultados do componente expansão, contudo, a partir da discussão do componente

sustentabilidade, observamos que os municípios não apresentaram crescimento importante do número de equipes uma vez que a cobertura de APS em 2020 foi a menor comparando aos anos anteriores. Destaca-se que em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado pandêmico do novo coronavírus. A partir de então todos os esforços de assistência a saúde foram concentrados em mitigar os efeitos devastadores da COVID 19 na população, o que alterou fortemente o planejamento anual das ações e serviços de saúde.

Tabela 4 - Cobertura populacional da ESF por Mês segundo Região de Saúde

Região de Saúde	2019/12	2020/12
Total	50,4	47,6
Baía da Ilha Grande	65,0	58,0
Baixada Litorânea	54,0	52,1
Centro-Sul	93,9	89,7
Médio Paraíba	76,0	68,9
Metropolitana I	43,2	39,9
Metropolitana II	67,6	66,9
Noroeste	72,5	80,2
Norte	34,0	31,2
Serrana	52,5	49,9

Fonte: TABNET, 2022.

É imperativo afirmar que quanto maior é a cobertura de ESF maior se torna o acesso aos serviços de saúde, com conseqüente redução de mortalidade infantil, redução de mortalidade por causas evitáveis e redução das iniquidades sociais. Os municípios com menor densidade populacional, como exemplo da região noroeste que expandiu entre os anos 2019/2020, possuem maior possibilidade de implantação e expansão de equipes de saúde da família. Para tanto, é crucial o alinhamento político estadual e municipal que corrobore com a expansão da ESF.

6.3.3 Componente Desempenho

Este componente busca promover a qualificação das ações desenvolvidas pelas equipes de APS, utilizando-se indicadores estratégicos capazes de induzir boas práticas na assistência a saúde. Tais indicadores são pactuados anualmente. No ano de 2019 a SES

monitorou e avaliou 11 indicadores, e nos anos subsequentes, foram avaliados 8 indicadores, conforme apresentado no quadro abaixo.

Quadro 12 - Comparativo dos indicadores PREFAPS do componente desempenho nos anos 2019 e 2020

Indicadores 2019	Indicadores 2020
1: Razão de consultas médicas na USF por população estimada coberta na ESF	1: Razão entre atendimentos médicos na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família
2: Razão de consultas de enfermagem na USF por população estimada coberta na ESF	2: Razão entre atendimentos de enfermeiros (as) na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família
3: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	3: Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
4: Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	4: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)
5: Cobertura vacinal de pentavalente (3a dose) em menores de 1 ano de idade	5: Cobertura de Triagem Neonatal biológica no SUS
6: Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (Proporção de redução do número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade)	6: Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros (as) aos hipertensos na APS e a estimativa de adultos hipertensos cobertos pela Estratégia Saúde da Família.
7: Cobertura de acompanhamento de Saúde da Família	7: Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros (as) aos diabéticos na APS e a estimativa de adultos diabéticos cobertos pela Estratégia Saúde da Família.
8: Proporção de equipes de Saúde da Família que realizam, no mínimo, 70% de ações do rol elencado para APS, baseado no PMAQ-AB	8: Proporção de equipes de saúde bucal na Saúde da Família (eSB/SF) que realizam, no mínimo, 50% de ações do rol mínimo preconizado.
9: Proporção de equipes de Saúde Bucal na Saúde da Família que realizam, no mínimo, 70% de ações do rol elencado para saúde bucal para APS, baseado no PMAQ-AB	-
10: Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	-
11: Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada	-

Fonte: Resolução SES-RJ n° 1938, de 25 de novembro de 2019; Fonte: Deliberação CIB-RJ n° 6.233, de 13 de agosto de 2020.

Os indicadores elencados foram determinados pela SES-RJ e tem por característica o incentivo ao fortalecimento da assistência aos grupos prioritários: saúde da mulher, saúde da criança, doenças crônicas e população vulnerável. O acompanhamento das ações através do indicador da saúde bucal é propositiva para identificar acesso e procedimentos elencados na APS.

Embora possua potencialidades, os indicadores e metas são comuns a todos os municípios e não considera os dados epidemiológicos e sociais, a cobertura da ESF, o porte populacional e a capacidade de gestão individual. Compreende-se que tal circunstância tende a fortalecer as disparidades entre regiões e municípios e a inequidade nos repasses de recursos.

Conforme discriminado pela Resolução 1938 de 25 de novembro de 2019, a apuração do alcance dos resultados no ano 2019 foi realizada trimestralmente, de acordo com a quantidade de indicadores alcançados. Nos primeiros dois trimestres considerou-se que os municípios que alcançassem de 0 a 4 não receberiam repasse; municípios com alcance de 5 a 7 indicadores, receberiam 50% do teto de recursos no componente sustentabilidade e os municípios que atingissem de 8 a 9 indicadores receberiam 100% do teto de recursos no componente sustentabilidade. Para avaliação do terceiro trimestre/avaliação anual, foram incluídos dois indicadores, e manteve-se os critérios acima mencionados com exceção do último, onde foi ampliado de 8 para 11 indicadores alcançados com repasse igual a 100%.

A partir do exposto, em análise do desempenho dos municípios nos trimestres identificou-se que apenas 28 (30,4%) municípios alcançaram a meta mínima de 5 indicadores no primeiro e segundo trimestre. No terceiro trimestre 31(33,7%) municípios alcançaram 5 ou mais indicadores fazendo jus ao componente Desempenho. Ou seja, menos do que a metade dos municípios participantes do programa receberam repasse proveniente do componente desempenho no ano 2019.

Os indicadores com metas alcançadas pelos municípios mais prevalentes no primeiro trimestre foram: indicador 1 – Razão de consultas médicas na USF por população estimada coberta na ESF ; indicador 3 – Razão de exame citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária; e indicador 7 - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.

No segundo trimestre foram: indicador 1 - Razão de consultas médicas na USF por população estimada coberta na ESF; indicador 4 - Proporção de nascidos vivos de mães

com sete ou mais consultas de pré-natal e indicador 9 - Proporção de equipes de Saúde da Família que realizam, no mínimo, 70% de ações do rol elencado para saúde bucal para APS, baseado no PMAQ.

E no terceiro quadrimestre os indicadores mais pontuados foram: indicador 4 - Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal; indicador 7 - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família indicador e indicador 9 - Proporção de equipes de Saúde da Família que realizam, no mínimo, 70% de ações do rol elencado para saúde bucal para APS, baseado no PMAQ.

A seguir são apresentados os indicadores mais prevalentes entre os três quadrimestres.

6.3.3.1 Indicador 1: Razão de consultas médicas na USF por população estimada coberta na ESF

Este indicador permite estimar o acesso à APS através das consultas médicas realizadas para a população cadastrada. Para 2019 foi estipulada a meta de uma consulta médica no ano por habitante e razão de 0,3 no quadrimestre, cuja formula de calculo foi:

<p><u>Numerador (número de atendimentos individuais realizados por médicos fonte SISAB)</u></p>

<p>Denominador (estimativa da população adscrita pela eSF)</p>
--

Dos 92 municípios participantes do programa, 68 alcançaram a meta estipulada nos três quadrimestres, com destaque aos municípios Itaguaí, Rio de Janeiro e Cantagalo, os quais ultrapassaram a meta alcançando a razão superior a 1.

Compreende-se que mensurar consultas médicas e de enfermagem a população é também avaliar se há acesso e capacidade de oferta as ações e serviços na APS, sendo um indicador que apresenta forte aproximação ao atributo do primeiro contato ou porta de entrada do sistema de saúde. No entanto, é importante ressaltar que este indicador está intimamente ligado a lotação médica nas equipes de saúde da família, além da organização da agenda do profissional.

Na Tabela abaixo apresentamos os resultados alcançados no ano de 2019 por região de saúde. As informações referentes a regiões por municípios encontram-se no apêndice.

Tabela 5 - Razão de consultas médicas na APS por Quadrimestre segundo Região de Saúde³

Região de Saúde	1º Quadr/2019	2º Quadr/2019	3º Quadr/2019
Total	0,84	0,92	0,80
Baía da Ilha Grande	0,30	0,40	0,36
Baixada Litorânea	0,60	0,63	0,60
Centro-Sul	0,70	0,88	0,75
Médio Paraíba	1,08	1,04	1,07
Metropolitana I	1,07	1,21	0,99
Metropolitana II	0,27	0,33	0,36
Noroeste	0,67	0,66	0,66
Norte	0,43	0,51	0,52
Serrana	0,59	0,61	0,58

Fonte: TABNET SES RJ, 2022.

Observa-se que as regiões Metropolitana I e Médio Paraíba apresentam resultados superiores comparados aos resultados de todo o estado do Rio de Janeiro. Tal fato pode ser justificado pela presença do município do RJ que apresenta volume da população estimada superior aos demais municípios, bem como elevado número de equipes de saúde da família.

Além disso, de acordo com dados do CNES, no estado do Rio de Janeiro no período de dezembro de 2019 havia 1.920 médicos cadastrados em eSF destes, 943 eram oriundos do município do Rio de Janeiro. Este dado reforça o peso que a capital incide sob o estado e o quanto representa nas análises por região.

Ressalta-se que, diferente dos programas dos outros estados do sudeste do Brasil, o estado do Rio de Janeiro não apresenta em seu programa de cofinanciamento o fomento a fixação e qualificação de profissionais nas eSF, o que poderia refletir para o avanço nos processos de trabalho e alcance das metas estipuladas.

6.3.3.2 Indicador 3: Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária

Este indicador tem como objetivo avaliar o rastreamento do câncer do colo do útero, a partir da oferta de exames preventivos e possui a meta de 0,1 no quadrimestre e 0,6 anual. Segundo o INCA, o câncer de colo de útero é o terceiro tumor maligno mais frequente na população feminina (atrás do câncer de mama e do colorretal), e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (INCA, 2022).

Em 2019, o estado do Rio de Janeiro obteve o resultado de 0,18. Em números absolutos, a ampliação dos exames registrados foi de apenas 1,8%. Em todo o estado, 12 municípios (13%) a saber: Paraty, Engenheiro Paulo de Frontin, Sapucaia, Piraí, Porto Real, Resende, Valença, Silva Jardim, Quissamã, São João da Barra, Macuco e Sumidouro cumpriram a meta anual de 0,6. Os resultados indicam a dificuldade na oferta do exame (acesso nas agendas), na captação e na sensibilização de mulheres na faixa etária para a realização do exame.

O câncer do colo de útero é causado por alterações celulares descobertas facilmente no exame preventivo e são curáveis na quase totalidade dos casos. O papel da APS no rastreio e identificação precoce é de suma importância para a redução dos casos de óbito e promoção da saúde.

Tabela 6 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero 25 a 64 anos por Quadrimestre segundo Região de Saúde

Região de Saúde	2019/1º Quadrimestre	2019/2º Quadrimestre	2019/3º Quadrimestre
Total	0,05	0,06	0,06
Baía da Ilha Grande	0,11	0,18	0,17
Baixada Litorânea	0,10	0,11	0,12
Centro-Sul	0,15	0,19	0,17
Médio Paraíba	0,15	0,15	0,17
Metropolitana I	0,02	0,03	0,03
Metropolitana II	0,06	0,06	0,08
Noroeste	0,12	0,09	0,12
Norte	0,12	0,14	0,09
Serrana	0,10	0,14	0,12

Fonte: TABNET SES RJ, 2022.

6.3.3.3 Indicador 4: Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré natal

Este indicador tem por efeito estimar o acesso ao pré natal a partir do número de consultas realizadas. A fonte do indicador é o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), que considera toda a população do estado independente de ter realizado o parto no SUS e a meta quadrimestral é de 75%. Importante dizer, no entanto, que o mesmo não é capaz de mensurar a qualidade do acesso, o início ao pré natal e qualidade da assistência com realização de procedimentos básicos preconizados pelo MS.

Em 2019 o estado alcançou o resultado de 73%, abaixo da meta estipulada. Damos destaque para os municípios Piraí e Porto Real que alcançaram percentual superior a meta.

Tabela 7 - Percentual de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal por quadrimestre segundo Região de saúde/município no ano 2019

Região de Saúde	2019/1º Quadrimestre	2019/2º Quadrimestre	2019/3º Quadrimestre	Total
Total	72,0	72,3	74,8	73,0
Município ignorado - RJ	37,5	62,5	42,9	47,8
Baía da Ilha Grande	74,4	73,6	76,3	74,7
Baixada Litorânea	64,5	63,8	66,9	65,0
Centro-Sul	70,7	71,8	77,3	73,0
Médio Paraíba	76,4	79,1	81,3	78,8
Metropolitana I	72,3	72,1	74,4	72,9
Metropolitana II	69,7	72,7	74,2	72,1
Noroeste	75,1	71,8	78,5	75,0
Norte	72,7	74,1	77,0	74,5
Serrana	74,8	74,7	76,3	75,3

Fonte: TABNET SES RJ, 2022.

Segundo Nunes et al. (2016), iniciar precocemente a assistência ao pré-natal permite ofertar métodos diagnósticos e terapêuticos, ao passo que a realização de número adequado de consultas propicia um acompanhamento adequado, evitando eventuais complicações a mãe e ao bebê.

Chamamos atenção, no entanto, que grande quantidade de consultas e frequentes procedimentos e exames não asseguram uma assistência adequada. Nesse sentido os mesmos autores reforçam que deve-se levar em consideração “aspectos relativos ao conteúdo dessas consultas, incluindo a atenção e o tempo dispendidos e as orientações prestadas à gestante, além da subjetividade de cada paciente, como a satisfação, o acolhimento e a manutenção do vínculo.”(NUNES et all, 2016).

6.3.3.4 Indicador 7: Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família

Este indicador tem por objetivo medir o desempenho das equipes de saúde da família na identificação, acompanhamento e responsabilidade sanitária das famílias vulneráveis beneficiárias do Programa Bolsa Família para cumprimento das condicionalidades atribuídas ao programa.

Para o Ministério da Saúde, o acompanhamento é realizado por vigência (duração semestral), e como metodologia de avaliação deste indicador, considerou-se como primeiro e segundo quadrimestre a primeira vigência do acompanhamento, e o terceiro quadrimestre a segunda vigência. A meta estipulada é de 50% no primeiro e segundo quadrimestre e 75% como meta anual. Apenas as regiões centro-sul, médio paraíba, noroeste e norte atingiram a meta do indicador, superando o estado do RJ.

Abaixo são apresentados o percentual de acompanhamento em 2019 dos 53 municípios que alcançaram a meta na primeira e segunda vigência conforme pactuado, fazendo jus ao repasse estadual.

Tabela 8 - Percentual de beneficiários acompanhados por Vigência segundo Região de Saúde/Município que atingiram a meta no ano 2019

Região de Saúde/Município	2019 - 1ª Vigência	2019 - 2ª Vigência
Iguaba Grande	71,3	79,1
Areal	86,9	84,3
Comendador Levy Gasparian	88,6	85,3
Engenheiro Paulo de Frontin	82,8	83,8
Mendes	75,1	81,0
Miguel Pereira	81,0	84,6

Paracambi	96,1	95,2
Paraíba do Sul	64,5	88,5
Paty do Alferes	86,2	81,6
Sapucaia	85,8	82,2
Três Rios	95,0	98,8
Vassouras	89,0	92,5
Barra Mansa	70,5	84,4
Itatiaia	78,6	77,9
Pinheiral	99,3	96,0
Piraí	79,6	87,6
Porto Real	88,9	94,5
Resende	77,5	84,3
Rio Claro	71,4	85,4
Rio das Flores	94,6	99,4
Valença	79,8	84,5
Magé	77,8	82,6
Rio de Janeiro	91,4	92,4
Seropédica	75,8	76,9
Silva Jardim	94,8	99,4
Tanguá	76,0	78,5
Cambuci	61,0	75,8
Cardoso Moreira	91,6	85,7
Italva	99,7	98,9
Itaocara	92,8	89,8
Itaperuna	71,3	88,8
Miracema	82,0	85,4
Natividade	91,6	88,9
Porciúncula	80,8	78,3
Santo Antônio de Pádua	73,0	83,6
São José de Ubá	84,3	85,9
Varre-Sai	90,3	91,0
Campos dos Goytacazes	76,4	80,2
Carapebus	90,5	92,2
Conceição de Macabu	91,3	93,9
Quissamã	95,5	96,2
São Francisco de Itabapoana	87,6	80,4
Bom Jardim	70,8	75,0
Cantagalo	97,1	98,4
Carmo	83,4	79,1
Cordeiro	90,7	89,3
Duas Barras	68,1	76,4
Macuco	95,0	93,7
Santa Maria Madalena	76,6	86,2
São José do Vale do Rio Preto	92,8	92,8

São Sebastião do Alto	99,4	91,7
Sumidouro	83,3	86,6
Trajano de Moraes	79,4	94,9

Fonte: TABNET, SES RJ, 2022.

6.3.3.5 Indicador 9: Proporção de equipes de saúde da família que realizam, no mínimo, 70% de ações do rol elencado para saúde bucal para a APS, baseado no PMAQ

A referência para este indicador se encontra no terceiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) e tem por objetivo avaliar o escopo de ações e serviços das equipes de saúde bucal vinculadas as equipes de saúde da família. Espera-se que esta análise contribua como ferramenta de monitoramento e organização da oferta de serviços essenciais de saúde bucal.

Em 2019, 71 municípios (77,17% do Estado do RJ) cumpriram a meta de 70% das equipes realizando , ao menos, 70% das ações preconizadas⁴. O estado do Rio de Janeiro possuía no ano 2019, 1.195 equipes de saúde bucal vinculados a ESF e destes, 28% eram oriundos do município do Rio de Janeiro.

A tabela a seguir demonstra o desempenho por regiões de saúde nos quadrimestres de 2019, com destaque para as regiões centro-sul, médio paraíba, norte e serrana.

Tabela 9 - Proporção de equipes de Saúde Bucal de Saúde da Família que realizam, no mínimo, 70% ações do rol elencado para saúde bucal para APS baseado no PMAQ-AB por região de saúde no ano 2019

Região de Saúde	2019/1º Quadrimestre	2019/2º Quadrimestre	2019/3º Quadrimestre
Total	63,1	68,9	93,2
Baía da Ilha Grande	48,5	45,1	79,4
Baixada Litorânea	66,4	66,5	99,2
Centro-Sul	81,3	85,4	104,6
Médio Paraíba	97,2	98,1	109,2
Metropolitana I	50,0	59,2	85,6

⁴ O rol de ações é composto por: aplicação tópica de flúor (ATF) individual por sessão; acesso à polpa dentária e medicação (por dente); curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico; exodontia de dente decíduo; exodontia de dente permanente; orientação de higiene bucal; profilaxia/remoção de placa bacteriana; pulpotomia dentária; raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); raspagem alisamento subgengivais (por sextante); restauração de dente decíduo; restauração de dente permanente anterior; restauração de dente permanente posterior; selamento provisório de cavidade dentária; tratamento de alveolite; ulotomia/ulectomia; primeira consulta odontológica programática; alteração em tecidos moles; encaminhamento-estomatologia; tratamento concluído; consulta agendada; demanda espontânea/atendimento urgência. Fonte: Manual Instrutivo do PREFAPS, disponível em saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MjM1MzE%2C.

Metropolitana II	49,0	63,3	86,8
Noroeste	64,7	54,2	89,7
Norte	82,6	86,1	108,0
Serrana	94,3	94,2	113,0

Fonte: TABNET SES RJ, 2022.

Para avaliação do desempenho no ano 2020 é importante mais uma vez pontuarmos a respeito da pandemia pelo novo Coronavírus (COVID 19). No início do enfrentamento da COVID 19 a OMS recomendou fortemente aos países a adoção de medidas de rastreamento, isolamento e testagem, para conter a dispersão da doença. No estado do Rio de Janeiro, o primeiro caso confirmado de transmissão local ocorreu em março de 2020 e convivendo com todas as agruras do sistema de saúde local, passou a enfrentar também a crise sanitária.

A partir deste cenário, a SES RJ pactuou oito indicadores elementares da APS e reduziu a quantidade de metas necessárias a ser atingida para a realização do repasse financeiro. A esse respeito, a Deliberação CIB-RJ nº 6.233 de 13 de Agosto de 2020, instituiu:

- I – Cumprimento de 6 a 8 metas: 100% do recurso do Componente Sustentabilidade;
- II – Cumprimento de 3 a 5 metas: 50% do recurso do Componente Sustentabilidade;
- III – Cumprimento de 0 a 2 metas: sem repasse de recursos

Os resultados dos quadrimestres no ano 2020 estão apresentados no apêndice. Para a discussão consideramos os municípios que alcançaram o mínimo de 3 indicadores para o repasse de recurso.

No primeiro quadrimestre, 66 municípios (71,7% do estado do RJ) alcançaram ao menos três indicadores, no segundo quadrimestre reduziu para 54 municípios que fizeram jus ao repasse do componente III, o que representa 58,7% do ERJ, e no último quadrimestre de 2020 apenas 46 municípios (50% do ERJ) alcançaram o estipulado para o repasse. Essa redução progressiva ao longo dos quadrimestres analisados é reflexo da evolução da pandemia da COVID 19, que no estado do Rio de Janeiro obteve 2.274.509 casos notificados e 73.957 óbitos confirmados no período de 2020 até junho de 2022 (TABNET, 2022).

De acordo com o protocolo de manejo dos casos de COVID-19 do Ministério da Saúde, à APS foi destinado ao atendimento, acompanhamento e monitoramento dos casos leves e moderados utilizando medidas não farmacológicas, farmacológicas, e isolamento domiciliar. Os casos graves da doença que chegarem à unidade de saúde deveriam ser estabilizados e encaminhados para outro ponto de atenção via ambulância (BRASIL, 2020).

A organização dos processos de trabalho da APS em 2020 foi direcionada ao enfrentamento ao coronavírus, com foco nos atendimentos e testagens a população com síndrome gripal, monitoramento dos casos positivos, orientações sobre isolamento domiciliar

e ações de proteção e controle da transmissão do vírus. Desta forma, a assistência sistêmica de linhas de cuidado e avaliação de indicadores estratégicos foram fragilizadas.

De acordo com o Plano de Contingência da APS na pandemia de COVID 19, elaborado pela SAPS, as agendas das unidades de atenção primária deveriam ser organizadas da seguinte maneira,

[...] no sentido de suspender as atividades coletivas para evitar aglomerações. Recomenda-se atender apenas os casos provenientes de demanda espontânea e as agendas programadas cuja suspensão de atenção possa resultar em agravamento do quadro e em internações hospitalares. Nesse sentido, elencamos alguns grupos prioritários para esses atendimentos: pessoas com doenças crônicas que exigem acompanhamento, pré-natal, imunização, triagem neonatal, mulheres e crianças em situação de violência domiciliar (SAP/SES RJ, 2020, p. 22).

Ao analisarmos os indicadores mais prevalentes nos três quadrimestres, identificamos: indicador 5 – Cobertura de triagem neonatal biológica no SUS; indicador 6 - Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros aos hipertensos na APS e a estimativa de adultos hipertensos cobertos pela ESF; indicador 7 – Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros aos diabéticos na APS e a estimativa de adultos diabéticos cobertos pela ESF. Estes indicadores foram incluídos no rol de indicadores de 2020 e refletem sobre a organização de acesso das UBS segundo Plano de Contingência da APS.

6.3.3.6 Indicador 5 - Cobertura de triagem neonatal biológica no SUS

Este indicador busca fortalecer o Programa de Triagem Neonatal do estado do Rio de Janeiro. A triagem neonatal baseia-se na realização do teste do pezinho em bebês entre o terceiro e quinto dia de vida, onde é possível identificar até seis doenças. No estado do Rio de Janeiro este exame é realizado através de um convênio entre a SES e a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae) desde 2017 (SES, 2019).

O resultado anual deste indicador foi atribuído aos três quadrimestres. A meta é de 75%. A tabela a seguir demonstra os resultados por região de saúde e município.

Tabela 10 - Cobertura de Triagem Neonatal no SUS por Ano segundo Região de Saúde

Região de Saúde	2020	Total
Total	71,3	71,3

Baía da Ilha Grande	83,6	83,6
Baixada Litorânea	79,4	79,4
Centro-Sul	79,8	79,8
Médio Paraíba	73,2	73,2
Metropolitana I	69,6	69,6
Metropolitana II	64,0	64,0
Noroeste	90,7	90,7
Norte	72,7	72,7
Serrana	79,0	79,0

Fonte: TABNET SES RJ, 2022.

As regiões Metropolitana I e II não alcançaram a meta anual e seus municípios Nilópolis e Niteroi não alcançaram nem 50% de cobertura de triagem neonatal, não sendo elegível para o repasse.

A triagem neonatal é realizada nas UBS, em oportuno para o atendimento e acompanhamento do bebê e puérpera pela eSF. Nesse sentido, ao apontarmos fragilidades de coleta em determinados municípios e regiões, reflete-se sobre as possíveis barreiras de acesso ao serviço prestado e quais estratégias o estado pode implantar para o fortalecimento da assistência no pós parto aos municípios que não alcançaram a meta.

6.3.3.7 Indicador 6 – Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros aos hipertensos na APS e a estimativa de adultos hipertensos cobertos pela ESF

Este indicador busca estimar o acesso, acompanhamento e tratamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com 20 anos e mais. Contudo, a análise é observada com base na razão por quadrimestre esperada (0,25), sem identificar registros de atendimento, aferição de pressão arterial, tipo de atendimento, renovação de receita, ou seja, o indicador não mensura qualidade da assistência.

No primeiro quadrimestre 50 municípios cumpriram a meta e no segundo e terceiro quadrimestre, 52 municípios cumpriram a meta pactuada.

A seguir são demonstrados os resultados por quadrimestre das regiões de saúde e no ano 2020.

Tabela 11 - Razão de atendimentos de hipertensos 20 anos e mais por Quadrimestre segundo Região de Saúde no ano 2020

Região de Saúde	2020/1º Quadrimestre	2020/2º Quadrimestre	2020/3º Quadrimestre
Total	0,29	0,31	0,31
Baía da Ilha Grande	0,13	0,32	0,36
Baixada Litorânea	0,27	0,30	0,28
Centro-Sul	0,51	0,48	0,50
Médio Paraíba	0,42	0,46	0,49
Metropolitana I	0,29	0,31	0,31
Metropolitana II	0,28	0,25	0,26
Noroeste	0,31	0,34	0,33
Norte	0,15	0,18	0,25
Serrana	0,24	0,24	0,24

Fonte: TABNET SES RJ, 2022.

6.3.3.8 Indicador 7 – Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros aos diabéticos na APS e a estimativa de adultos diabéticos cobertos pela ESF

Este indicador busca estimar o acesso, acompanhamento e tratamento dos usuários com diabetes com 20 anos e mais. Contudo, a análise é observada com base na razão por quadrimestre esperada (0,25), sem identificar registros de atendimento, registro de hemoglobina glicada, tipo de atendimento, renovação de receita, ou seja, o indicador não mensura qualidade da assistência.

No primeiro quadrimestre 64 municípios cumpriram a meta, 63 no segundo e 65 no terceiro quadrimestre.

A seguir são demonstrados os resultados por quadrimestre das regiões de saúde no ano 2020.

Tabela 12 - Razão de atendimentos de diabéticos 20 anos e mais por Quadrimestre segundo Região de Saúde no ano 2020

Região de Saúde	2020/1º Quadrimestre	2020/2º Quadrimestre	2020/3º Quadrimestre
Total	0,41	0,47	0,49
Baía da Ilha Grande	0,18	0,48	0,54
Baixada Litorânea	0,37	0,40	0,40
Centro-Sul	0,74	0,71	0,74

Médio Paraíba	0,66	0,79	0,84
Metropolitana I	0,40	0,48	0,49
Metropolitana II	0,37	0,35	0,36
Noroeste	0,34	0,37	0,35
Norte	0,23	0,28	0,38
Serrana	0,36	0,38	0,37

Fonte: TABNET SES RJ, 2022.

A infecção pelo vírus da COVID 19 reconhecidamente apresenta maior letalidade e mortalidade na população idosa com doenças crônicas e/ou comprometimento do sistema imunológico. Neste sentido, a APS e toda a rede devem monitorar mais de perto esta população, garantindo acesso, identificando sinais de alarme e propondo medidas de proteção e cuidado intradomiciliar (SES RJ, 2020). Os resultados dos indicadores 6 e 7 apontam para uma organização do serviço no acesso a população com doença crônica durante a pandemia e versa com o disposto no Plano de contingência, a respeito da organização de agenda e prioridade de atendimento.

Com base no exposto, considera-se que o PREFAPS, instituído a partir de 2019 apresenta três componentes importantes para impulsionar a APS, no entanto, no período analisado não foi possível observar grandes impactos aos municípios que aderiram ao programa.

Os resultados demonstram que o componente sustentabilidade da APS que realiza repasses as equipes de saúde da família, equipe de Saúde Bucal, NASF-AB, CnaR e Polo de Academia da Saúde implantados nos municípios possui relevância para apoio aos municípios na manutenção destas equipes, contudo não demonstrou ser suficiente ao observarmos a série histórica do número das equipes, que apresentou redução nos anos 2019 e 2020.

O Componente expansão, que se propõe ao repasse de recursos aos municípios que implantarem novas equipes de saúde da Família, equipe de Saúde Bucal, NASF-AB, CnaR e Polo de Academia da Saúde não contemplou a maioria dos municípios participantes, especialmente num período obscuro com mudanças drásticas na Política Nacional da Atenção Básica. A habilitação de novas equipes no ano de 2019 foi realizada em municípios de pequeno porte populacional, o que demonstra maior facilidade de ampliação de cobertura da ESF e indica maior potencialidade do repasse executado do fundo estadual ao fundo municipal de saúde destes municípios.

Já o Componente Desempenho, que objetiva a realização de repasse de recursos a partir de alcance de metas de indicadores de saúde instituídas pela SES, demonstrou nos anos

estudados a intenção de orientar processos de trabalho, organizar fluxos de atendimento e qualificar a assistência, contudo, os resultados demonstram que os municípios apresentaram pouca apropriação e eficiência para o seu alcance.

Deve-se considerar que a indução de organização de serviços por meio de indicadores de saúde vinculada ao repasse financeiro pode não corresponder à realidade e às necessidades locais, além de ser um potencial limite à autonomia do gestor municipal. O estado do Rio de Janeiro apresenta grandes diferenças regionais, o que distingue as necessidades de saúde e de gestão entre regiões e municípios. Com isso, é importante considerar para o estabelecimento de metas comuns a todos os participantes, a realidade loco regional e a capacidade de gestão dos municípios em alcançar as metas determinadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou compreender a participação financeira do estado do Rio de Janeiro na Atenção Primária a Saúde, que vem regulamentando seu repasse de recursos aos municípios desde 2007.

Observa-se que a participação da SES-RJ no financiamento da APS no período analisado é marcada por diversos programas com objetivos diferentes e por vezes, sobrepostos, porém balizados no fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família e qualificação da assistência. Sua participação financeira para a APS busca possibilitar aos municípios à gestão e execução das ações com mais qualidade a partir da indução de novas formas de organização dos serviços. Entretanto, aponta-se para as diferenças regionais e o papel do estado no apoio a qualificação dos serviços dos municípios que apresentam mais fragilidades. Sugere-se que a SAPS avalie os indicadores que indicam maior dificuldade de alcance pelos municípios e atuem com a coordenação das áreas técnicas e equipes regionais, na implantação de estratégias construídas coletivamente, entre SES e SMS.

Nota-se o amadurecimento dos programas ao longo dos anos, constituídos por ferramentas potentes de transformação de práticas. Para além, considerando o cenário político e econômico nacional, bem como as mudanças recentes no financiamento da Atenção Primária pelo governo federal, as transferências intergovernamentais para municípios apresentam extrema importância para a manutenção do sistema e fortalecimento das ações da APS.

É oportuno apontar para a relevância dos relatórios trimestrais e anuais com análise dos resultados do PREFAPS, bem como os resultados dos indicadores do Componente desempenho por ano de programa, ambos disponíveis no sítio eletrônico da SES RJ. Esta ação, a qual não foi observada nos programas de cofinanciamento anteriores, permite sinalizar indicadores que merecem maior atenção e apontar as ações futuras, tanto para a gestão estadual quanto para a gestão municipal. Ademais, denota um amadurecimento da SES em monitorar e avaliar o programa vigente.

Diante da relevância do tema, indica-se a necessidade de realizar estudo posterior para análise do volume orçamentário repassado aos municípios nos três componentes e o desdobramento nas ações instituídas nos programas na realidade dos municípios.

Sugere-se estudos futuros sobre o tema abordado, haja vista a existência de poucos estudos que abordem sobre o financiamento estadual, sobretudo do Rio de Janeiro.

Considerando os anos de programas de transferência da SES, a escassez de produção científica implica no pouco conhecimento pela academia e sociedade civil sobre a potência das ações da SES e sua importância para as SMS.

Compreende-se que estudos futuros denotam novos achados da grande importância para fomento de novas estratégias e programas para o fortalecimento da APS, a manutenção das suas ações e contra o desmonte do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRUDA, C. P. A ineficiência da elite política na gestão do estado do Rio de Janeiro.

Revista Mundo Livre, Campos dos Goytacazes, v. 4, n. 1, p. 3-17, jan./jul. 2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/30c301e67a0525bc7f5cf71dbc77334a6a14.pdf>. Acesso em: 21 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 23 fev. 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 979, 16 de maio de 2012**. Define valores de financiamento do PAB variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 86, de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília: Presidência da República, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre os indicadores do pagamento de desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CASTRO, A. L. B.; FAUSTO, M. C. R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Mudanças no financiamento da Saúde**. 2018. (On-line). Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>. 2018. Acesso em: 07 jun. 2022.

CONSULTORIA DE ORÇAMENTOS E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Constituição (2000)**. Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000: (Piso Constitucional de Aplicação em Saúde). Brasília: CONOF, 2012.

FADEL, C. B. *et al.* Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 43, p.445-456, mar. 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Pense SUS: A reflexão fortalece essa conquista**. 2020. (On-line). Disponível em: <http://pensesus.fiocruz.br/financiamento>. Acesso em: 28 ago. 2020.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 24, n. 12, p. 4405-4415, dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>. Acesso em: 12 jul. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 12 jul. 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 21, n. 9, p. 2697-2708, set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16052016>. Acesso em: 12 jul. 2022.

FERNANDES, G. A. A. L.; PEREIRA, B. L. S. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de Administração Pública**, [S.I.], v. 54, n. 4, p. 595-613, ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200290>. Acesso em: 12 jul. 2022.

HARZHEIM, E.; D'AVILA O. P. *et al.* Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 609-617, fev. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022272.20172021>. Acesso em: 12 jul. 2022.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica e do Programa Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, Nísia Trindade (org). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer do colo do útero**. 2022. (On-line). Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 09 jul. 2022.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p.269-291, 2001.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N. O Processo de Descentralização e Regionalização do SUS no Contexto do Pacto pela Saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

LIRA, A. M. L. **A instância estadual e o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva da equidade regional: estudo do caso RJ**. 2010. 140 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, [S.I.], n. 49, p. 35-53, jul. 2017.

MATTOS, R. A.; COSTA, N. R. Financiando o SUS: algumas questões para o debate. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 1, p.315-333, 2003.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, [S.I.], v. 42, n. 1, p. 224-243, set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s115>. Acesso em: 09 jul. 2022.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 25, n. 4 p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 25 jun. 2022.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 38-51, set. 2018.

NUNES, J. T.; GOMES, K. R. O.; RODRIGUES, M. T. P.; MASCARENHAS, M. D. M. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 24, n. 2, p. 252-261, jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600020171>. Acesso em: 25 jun. 2022.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A ; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, 2014.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **Atenção Primária a Saúde**. 2022 (On-line). Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/apoio-a-gestao>. Acesso em: 09 set. 2021.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. **Deliberação CIB-RJ nº 1.275, de 15 de abril de 2011**. Regulamenta o repasse do cofinanciamento da atenção básica no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde e Defesa Civil, 2011

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. **Resolução SESDEC nº 189, de 06 de dezembro de 2007**. Aprova Os Critérios Para A Qualificação das Unidades/equipes de Atenção Básica e Regulamenta O Repasse de Incentivo Financeiro de Recursos Estaduais. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde e Defesa Civil, 2007.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **Resolução SES nº 924, de 15 de maio de 2014**. Institui o Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica – Cofinanciamento Estadual – competência 2014 e fixa suas diretrizes. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde, 2014.

RIO DE JANEIRO. **Secretaria de Saúde. Resolução SES nº 622, de 16 de maio de 2013**. Institui o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior PAHI–competência 2013 e fixa suas diretrizes. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde, 2013.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **Resolução SES nº 1938, de 25 de novembro de 2019**. Altera a resolução SES nº 1.846, de 09 de maio de 2019, que aprovou o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro, incluindo em seu escopo Equipes de Consultório na Rua (eCNAR) e de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (e-NASFAB), e dá outras providências. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde, 2019.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **SES realiza 14 mil testes do pezinho por mês**. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2019/06/ses-realiza-14-mil-testes-do-pezinho-por-mes>. Acesso em: 05 maio 2022.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **Indicadores do PREFAPS** - Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde, 2020. Disponível em: <https://saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus/2020/11/atencao-primaria#PREFAPS>. Acesso em: 10 maio 2022.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDA3OTI%2C>. Acesso em: 07 jun. 2022.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MjM5Njg%2C>. Acesso em: 07 jun. 2022.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **Plano de contingência da atenção primária a saúde para o coronavírus no estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzAxMjY%2C>. Acesso em: 01 maio 2022.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. O Financiamento da Saúde no Brasil. *In*: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Epsjv, 2007.

SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 26, n. 2, p. 3781-3786, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SEPARAVICH, M. A.; COUTO, M. T. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 26, n. 2, p. 3435-3446, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.04572020>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SILVEIRA, C. T.; PEREIRA, L. D. Práticas exitosas de monitoramento e avaliação: a experiência do programa saúde em casa – contratualizando resultados com os 853 municípios mineiros. *In*: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA. 6., 2013. **Anais [...]**. Brasília: Minas Gerais, 2013.

STARFIELD, B. Atenção Primária e Saúde. *In*: STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde. **Nota Técnica SAB/SAS/SES N°003//2013**. Financiamento da Atenção Básica - Incorporação dos recursos da Estratégia de Compensação de Especificidades Regionais no Piso de Atenção Básica Fixo. Rio de Janeiro: SAB; SAS; SES, 2013.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p.11-48, 1998.

APÊNDICE A - Número de eSF por região de saúde e municípios entre os anos 2010 a 2020

Região de Saúde/Município	2010/12	2011/12	2012/12	2013/12	2014/12	2015/12	2016/12	2017/12	2018/12	2019/12	2020/12
Total	1.665	1.981	2.146	2.126	2.363	2.387	2.676	2.828	2.806	2.584	2.448
Baía da Ilha Grande	55	56	56	70	84	78	75	62	62	54	49
Angra dos Reis	36	37	37	51	64	59	56	41	41	33	35
Mangaratiba	11	11	12	12	12	11	12	12	12	11	11
Paraty	8	8	7	7	8	8	7	9	9	10	3
Baixada Litorânea	107	107	110	108	119	117	121	125	122	130	128
Araruama	10	10	10	10	11	12	12	14	16	16	16
Armação dos Búzios	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	12
Arraial do Cabo	7	7	8	8	8	8	8	8	7	8	7
Cabo Frio	34	34	35	34	35	31	35	35	35	34	27
Casimiro de Abreu	10	10	11	11	11	11	12	12	12	12	11
Iguaba Grande	7	7	7	7	9	9	9	9	9	9	9
Rio das Ostras	5	5	5	5	11	11	11	12	12	16	17
São Pedro da Aldeia	14	14	14	13	14	15	15	15	12	15	14
Saquarema	12	12	12	12	12	12	11	12	11	12	15
Centro-Sul	104	106	107	106	110	110	109	115	119	123	121
Areal	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
Comendador Levy Gasparian	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
Engenheiro Paulo de Frontin	5	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6
Mendes	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7
Miguel Pereira	8	8	8	8	6	7	5	8	9	10	12
Paracambi	8	8	8	8	8	8	8	9	9	9	5

Paraíba do Sul	17	17	17	17	17	17	17	19	21	21	21
Paty do Alferes	8	8	8	8	8	7	8	11	11	13	13
Sapucaia	7	7	7	7	7	7	7	6	6	7	7
Três Rios	21	22	23	24	28	28	28	27	28	29	27
Vassouras	14	14	14	14	14	14	14	14	14	13	14
Médio Paraíba	174	178	181	184	195	200	188	198	209	214	192
Barra do Pirai	7	7	7	7	7	6	6	7	7	7	8
Barra Mansa	30	31	32	34	39	39	39	39	41	40	37
Itatiaia	2	3	4	6	7	7	7	6	6	7	7
Pinheiral	8	8	8	8	8	8	8	8	8	9	6
Pirai	13	13	13	13	13	13	12	13	13	13	15
Porto Real	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	6
Quatis	3	3	3	3	3	5	5	5	5	5	5
Resende	22	22	24	24	25	26	28	28	30	31	26
Rio Claro	8	8	6	8	8	8	9	9	9	9	7
Rio das Flores	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
Valença	12	13	14	14	14	15	15	15	17	18	19
Volta Redonda	59	60	59	56	60	62	48	57	62	64	53
Metropolitana I	589	898	1.050	1.022	1.182	1.239	1.502	1.592	1.536	1.307	1.215
Belford Roxo	29	34	34	36	39	39	42	40	42	43	34
Duque de Caxias	51	38	42	60	68	75	59	71	68	67	78
Itaguaí	5	6	6	7	15	19	18	18	13	8	12
Japeri	1	6	9	12	16	16	10	12	12	12	18
Magé	60	62	63	58	58	52	56	41	40	45	46
Mesquita	14	14	12	15	19	18	16	18	24	28	33
Nilópolis	20	24	30	30	30	30	30	30	30	29	14
Nova Iguaçu	57	60	64	56	68	86	79	85	116	119	113
Queimados	9	10	10	10	10	12	12	9	12	12	10
Rio de Janeiro	281	583	718	686	808	824	1.116	1.181	1.091	858	771

São João de Meriti	46	45	46	37	32	46	42	65	66	66	64
Seropédica	16	16	16	15	19	22	22	22	22	20	22
Metropolitana II	376	363	368	362	374	330	370	405	402	419	418
Itaboraí	45	45	45	45	43	44	45	42	41	39	43
Maricá	14	16	16	17	18	19	21	25	27	35	46
Niterói	109	88	84	87	97	93	90	95	91	96	80
Rio Bonito	14	15	16	17	19	20	3	21	16	20	20
São Gonçalo	177	182	190	182	178	135	193	203	206	208	208
Silva Jardim	8	8	8	7	9	9	8	9	11	11	10
Tanguá	9	9	9	7	10	10	10	10	10	10	11
Noroeste	88	89	90	85	88	96	98	101	101	85	92
Aperibé	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Bom Jesus do Itabapoana	10	10	10	10	10	11	13	13	12	13	11
Cambuci	6	6	5	0	0	5	5	5	5	3	2
Cardoso Moreira	4	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5
Italva	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4
Itaocara	3	3	4	4	7	7	7	7	7	6	5
Itaperuna	18	18	18	18	18	18	18	18	19	19	19
Laje do Muriaé	3	3	3	3	2	3	3	3	3	0	1
Miracema	6	6	6	6	6	7	7	8	8	7	8
Natividade	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7
Porciúncula	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Santo Antônio de Pádua	10	10	11	11	11	12	12	12	12	1	9
São José de Ubá	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4
Varre-Sai	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	5
Norte	46	52	53	57	71	77	82	85	95	96	86
Campos dos Goytacazes	0	0	0	0	11	16	17	19	24	16	16
Carapebus	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Conceição de Macabu	3	4	4	4	5	5	6	6	5	3	3

Macaé	25	25	25	25	25	26	27	28	29	32	27
Quissamã	8	8	8	8	8	8	9	9	9	9	5
São Fidélis	0	0	0	4	4	4	4	4	4	13	11
São Francisco de Itabapoana	3	5	5	5	5	5	6	6	9	9	9
São João da Barra	3	6	7	7	9	9	9	9	11	10	11
Serrana	126	132	131	132	140	140	131	145	160	156	147
Bom Jardim	8	8	8	7	8	6	6	7	7	7	6
Cachoeiras de Macacu	9	9	9	9	8	11	11	12	13	12	10
Cantagalo	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Carmo	3	3	3	3	4	3	6	6	6	6	6
Cordeiro	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	5
Duas Barras	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
Guapimirim	4	4	4	4	4	4	4	8	8	8	8
Macuco	2	2	2	1	2	2	2	2	3	3	2
Nova Friburgo	15	13	13	15	18	18	17	17	25	20	19
Petrópolis	34	43	43	40	42	43	43	41	44	44	42
Santa Maria Madalena	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	2
São José do Vale do Rio Preto	7	7	7	6	7	7	8	7	7	7	8
São Sebastião do Alto	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Sumidouro	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5
Teresópolis	15	14	12	16	16	15	2	14	16	17	17
Trajano de Moraes	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4

Fonte: TABNET SES RJ, 2022.

APÊNDICE B - Resultados dos indicadores do primeiro quadrimestre do componente III com metas acima de cinco no ano 2019

Município	Indicador											Total de metas atingidas
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Paraty	0,1	0,1	0,2	82	Indicador anual			78	0	Indicador Anual	0,1	5
Casimiro de Abreu	0,3	0,2	0,1	72				87	100		0,4	7
Areal	0,3	0,1	0,2	79				84	63		0,4	7
Engenheiro Paulo de Frontin	0,4	0,1	0,3	77				83	80		0,4	8
Mendes	0,1	0	0,2	80				71	100		0,1	6
Miguel Pereira	0,2	0,1	0,2	62				89	100		0,3	6
Sapucaia	0,3	0,1	0,2	66				100	18		0,4	6
Vassouras	0,3	0,1	0,2	85				79	92		0,2	7
Barra do Piraí	0,4	0,1	0,1	57				71	100		0,2	5
Barra Mansa	0,3	0,2	0,1	77				58	100		0,2	6
Pinheiral	0,4	0,1	0,2	79				52	100		0,1	6
Piraí	0,5	0,2	0,3	88				69	83		0,3	8
Porto Real	0,5	0,3	0,4	90				14	0		0,8	7

Resende	0,4	0,1	0,2	82				90	86	0,3	8
Rio Claro	0,4	0,2	0	86				78	0	0,1	6
Rio das Flores	0,6	0,1	0,1	58				75	75	0,3	6
Volta Redonda	0,2	0	0,2	75				43	81	0,1	5
Rio de Janeiro	0,4	0,3	0	80				91	42	0,4	7
Silva Jardim	0,3	0,1	0,3	67				10	71	0,2	5
Bom Jesus do Itabapoana	0,2	0,2	0,1	77				46	90	0,3	6
Natividade	0,3	0,2	0,1	67				71	14	0,4	6
Porciúncula	0,2	0,2	0,2	87				75	25	0,1	6
São José de Ubá	0,2	0,1	0,3	82				50	100	0,2	5
Quissamã	0,3	0,1	0,3	85				100	0	0,3	7
São João da Barra	0,1	0,1	0,2	84				36	100	0,3	6
Cantagalo	0,3	0,1	0	82				50	88	0,2	5
Macuco	0,1	0	0,2	81				50	100	0,1	5
Petrópolis	0,3	0,2	0,1	79				74	96	0,3	8

Fonte: TABNET SES RJ, 2020.

APÊNDICE C - Resultados dos indicadores do segundo quadrimestre do componente III com metas acima de cinco no ano 2019

Município	Indicador											Total de indicadores atingidos
	1	2	3	4	5*	6**	7	8	9	10**	11	
Areal	0,4	0,1	0,2	72			87	40	80		0,5	6
Cantagalo	0,4	0,2	0,2	82			97	38	77		0,3	8
Casimiro de Abreu	0,3	0,2	0,2	68			71	42	86		0,4	7
Comendador Levy Gasparian	0,3	0	0,2	74			89	0	50		0,3	5
Conceição de Macabu	0,4	0	0,1	68			91	33	100		0,3	5
Engenheiro Paulo de Frontin	0,4	0,2	0,2	76			83	19	100		0,5	8
Miguel Pereira	0,3	0,1	0,2	69			81	21	100		0,4	6
Natividade	0,3	0,3	0	81			92	43	0		0,4	6
Paraíba do Sul	0,4	0,2	0,3	78			65	52	59		0,4	7
Paty do Alferes	0,3	0,1	0,1	61			86	8	86		0,3	5

Petrópolis	0,3	0,2	0,2	79			68	30	100		0,3	8
Piraí	0,5	0,2	0,3	88			80	74	92		0,3	9
Porto Real	0,4	0,3	0,3	97			89	0	86		0,7	8
Quissamã	0,3	0,2	0,3	88			96	88	0		0,3	8
Resende	0,5	0,2	0,2	83			78	97	92		0,6	9
Rio das Flores	0,6	0,1	0,2	80			95	50	100		0,3	7
Rio de Janeiro	0,5	0,4	0	80			91	57	57		0,4	6
Sapucaia	0,3	0,1	0,2	69			86	36	67		0,4	5
Silva Jardim	0,4	0,1	0,3	78			95	20	88		0,4	7

Fonte: SAPS/SVS/SES-RJ, 2020.

APÊNDICE D - Resultados dos indicadores do terceiro quadrimestre do componente III com metas acima de cinco no ano 2019

Município	Indicador											Nº Metas Cumpridas
	1	2	3	4	5	6*	7	8	9	10	11	
Areal	1.0	0.3	0.6	76		100	84	0	100	-	1.2	9
Conceição de Macabu	1.0	0.1	0.3	67		60	94	0	100	88	0.7	6
Iguaba Grande	0.6	0.5	0.0	78		-100	79	23	100	33	1.1	5
Itaocara	0.6	0.0	0.4	91		-100	90	0	75	100	0.2	5
Itaperuna	1.0	0.1	0.3	70		29	89	37	90	81	1.0	6
Macuco	0.3	0.3	0.9	83		75	94	40	100	100	0.5	7
Mendes	0.6	0.2	0.5	81		-	81	43	100	100	0.7	6
Miguel Pereira	0.7	0.2	0.6	68		-200	85	53	100	0	1.0	5
Miracema	0.4	0.2	0.5	81		-	85	13	100	63	0.4	5
Natividade	0.7	0.8	0.3	75		-	89	29	57	33	1.2	6
Paraíba do Sul	0.9	0.5	0.5	76		-20	89	71	88	57	1.1	6
Pinheiral	1.3	0.5	0.4	82		67	96	51	100	33	0.5	6
Pirai	1.6	0.7	0.8	89		-	88	81	100	50	0.9	9
Porciúncula	0.6	0.7	0.4	87		-200	78	13	91	100	0.4	6
Porto Real	1.4	0.9	1.1	92		20	95	0	100	75	2.2	9
Quissamã	1.0	0.5	0.8	88		-300	96	75	...	100	0.8	7
Resende	1.3	0.5	0.6	83		72	84	100	100	67	1.5	9
Rio das Flores	1.9	0.3	0.5	71		0	99	50	100	0	1.0	5
Rio de Janeiro	1.4	1.0	0.0	80		-10	92	44	91	70	1.2	7
São João da Barra	0.5	0.4	0.8	83		50	68	56	100	40	0.6	5

Sapucaia	0.9	0.3	0.6	71		-	82	38	86	25	1.1	6
Silva Jardim	1.1	0.3	0.8	74		-67	99	10	100	89	0.9	6
Três Rios	0.7	0.3	0.5	70		48	99	29	93	86	0.6	5
Valença	0.4	0.2	0.6	79		-50	85	12	100	85	0.5	6
Varre-Sai	0.5	0.3	0.3	64		-	91	29	100	-	0.3	5
Vassouras	0.8	0.2	0.6	86		-	93	68	100	60	0.7	6
Volta Redonda	1.1	0.3	0.5	79		31	64	33	100	29	0.5	5

Fonte: SAPS/SVS/SES-RJ, 2020.

APÊNDICE E - Resultados dos indicadores do primeiro quadrimestre do componente III com metas acima de três no ano 2020

Município	Indicadores								Nº Metas
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Aperibé	0,1	0,1	56	43	86	0,42	0,56	25	3
Araruama	0,1	0	62	24	76	0,29	0,35	37,5	3
Areal	0,2	0	84	46	89	0,5	0,61	100	5
Barra do Piraí	0,3	0,1	71	50	63	0,4	0,56	96	4
Barra Mansa	0,3	0,2	76	70	66	0,43	0,69	95,8	6
Bom Jardim	0,1	0,1	81	55	80	0,09	0,28	0	3
Bom Jesus do Itabapoana	0,2	0,1	73	51	90	0,4	0,34	83,3	4
Cabo Frio	0,1	0,1	56	24	85	0,22	0,35	82,6	3
Cantagalo	0,4	0,2	79	94	108	0,79	0,84	100	8
Cardoso Moreira	0,1	0,1	74	12	96	0,14	0,27	100	3
Carmo	0,3	0	80	42	99	0,24	0,34	0	4
Casimiro de Abreu	0,2	0,1	74	67	85	0,48	0,65	100	4
Comendador Levy Gasparian	0,2	0,1	77	62	79	0,64	0,82	100	5
Conceição de Macabu	0,1	0	78	34	87	0,16	0,18	100	3
Cordeiro	0,1	0,1	78	40	99	0,07	0,12	50	3
Engenheiro Paulo de Frontin	0,3	0,2	77	84	85	0,87	1,08	100	8
Guapimirim	0,1	0,1	74	37	72	0,31	0,33	100	3
Iguaba Grande	0,1	0,1	79	67	82	0,41	0,66	100	5
Itaboraí	0,1	0,1	60	71	69	0,28	0,4	83,3	3
Itaguaí	0,4	0,1	59	38	64	0,23	0,33	66,7	3
Itaocara	0,2	0	81	82	82	0,21	0,24	100	4

Itaperuna	0,2	0	76	37	93	0,24	0,23	100	3
Itatiaia	0,2	0	83	34	80	0,24	0,38	100	4
Macuco	0,2	0,2	90	42	70	1,18	2,77	100	5
Magé	0,1	0,1	62	85	75	0,19	0,37	64,7	4
Mangaratiba	0,1	0,1	68	58	81	0,33	0,47	71,8	4
Maricá	0,2	0,1	74	52	69	0,63	0,98	63,2	3
Mendes	0,2	0	78	42	82	0,41	0,48	80	5
Mesquita	0,2	0,1	68	35	102	0,19	0,34	66,7	3
Miguel Pereira	0,2	0,1	67	41	74	0,72	0,92	83,3	3
Miracema	0,2	0,1	76	74	88	0,37	0,55	85,7	5
Natividade	0,4	0,2	67	34	105	1,31	1,33	28,6	5
Niterói	0,1	0	81	50	45	0,21	0,29	92,6	3
Paracambi	0,2	0,2	75	94	81	0,34	0,53	42,9	6
Paraíba do Sul	0,2	0,2	81	66	86	0,78	1,24	100	6
Paraty	0,1	0,1	84	47	96	0,19	0,35	0	3
Paty do Alferes	0,2	0,1	61	44	81	0,49	0,72	100	4
Petrópolis	0,2	0,1	79	28	86	0,31	0,46	90	5
Pinheiral	0,5	0,2	80	52	68	0,39	0,71	87,5	6
Piraí	0,5	0,2	94	43	91	0,36	0,63	92,3	7
Porciúncula	0,2	0,2	85	43	100	0,26	0,36	90,3	6
Porto Real	0,5	0,2	93	96	94	1,4	2,23	100	8
Quatis	0,2	0	82	34	67	0,19	0,31	100	3
Quissamã	0,3	0,1	89	97	93	0,29	0,39	0	6
Resende	0,3	0,2	81	47	89	0,69	1,19	100	7
Rio Claro	0,3	0,2	86	82	72	0,39	0,65	0	6
Rio das Flores	0,5	0,1	85	91	71	0,4	0,6	100	6
Rio de Janeiro	0,3	0,3	77	72	72	0,3	0,47	81,5	6
Santa Maria Madalena	0,2	0,1	45	82	71	0,43	0,47	100	4
São Francisco de Itabapoana	0,1	0	79	36	77	0,04	0,04	55,6	3
São Gonçalo	0,1	0,1	68	59	71	0,28	0,33	96,8	3
São João da Barra	0,2	0,1	74	37	79	0,37	0,66	96,6	4
São João de Meriti	0,1	0,1	64	16	73	0,3	0,26	62,5	3
São José de Ubá	0,2	0,1	88	45	74	0,35	0,45	100	4

São José do Vale do Rio Preto	0,2	0,1	76	55	79	0,13	0,17	57,1	3
São Pedro da Aldeia	0,2	0,2	64	82	55	0,46	0,65	80	5
Sapucaia	0,1	0,1	68	57	114	0,57	0,94	100	4
Saquarema	0,2	0,1	73	36	115	0,26	0,33	100	4
Silva Jardim	0,2	0,1	79	45	107	0,43	0,65	87,5	5
Tanguá	0,1	0,1	79	77	65	0,05	0,05	50	3
Teresópolis	0,2	0,1	77	38	73	0,25	0,42	100	4
Três Rios	0,2	0,1	67	85	81	0,34	0,52	89,3	5
Valença	0,2	0,1	77	53	99	0,52	0,55	91,7	5
Varre-Sai	0,2	0,1	88	36	97	0,28	0,43	100	5
Vassouras	0,2	0,1	89	92	90	0,41	0,64	100	6
Volta Redonda	0,3	0,1	79	32	63	0,21	0,35	90,7	4

Fonte: TABNET SES RJ, 2021.

APÊNDICE F - Resultados dos indicadores do segundo quadrimestre do componente III com metas acima de três no ano 2020

Município	Indicadores								Nº Metas cumpridas
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Angra dos Reis	0,4	0	74	51	82	0,26	0,38	20,5	4
Aperibé	0,1	0	68	43	86	0,33	0,44	0	3
Araruama	0,2	0,1	63	24	76	0,39	0,51	46,2	3
Areal	0,3	0	65	46	89	0,62	0,87	60	5
Barra do Piraí	0,2	0,1	75	50	63	0,33	0,37	96,6	4
Barra Mansa	0,4	0,3	81	70	66	0,76	1,5	86	6
Belford Roxo	0,5	0,3	51	19	57	1,39	1,19	0	4
Bom Jesus do Itabapoana	0,2	0,3	51	51	90	0,57	0,38	0	4
Cantagalo	0,3	0,2	85	94	108	0,5	0,5	100	8
Carapebus	0,1	0,2	65	30	101	0,27	0,32	0	4
Carmo	0,3	0	77	42	99	0,22	0,35	0	4
Casimiro de Abreu	0,2	0,1	69	67	85	0,32	0,42	0	3
Engenheiro Paulo de Frontin	0,3	0,2	70	84	85	0,78	1,02	0	6
Guapimirim	0,2	0,1	71	37	72	0,28	0,35	80	3
Iguaba Grande	0,2	0,1	77	67	82	0,58	0,84	75	5
Itaboraí	0,1	0,1	61	71	69	0,29	0,38	100	3
Itaguaí	0,7	0,4	57	38	64	0,45	0,68	0	4
Itaocara	0,2	0	75	82	82	0,33	0,44	20	5
Itatiaia	0,2	0,1	79	34	80	0,25	0,45	28,6	4
Macuco	0,2	0,1	88	42	70	0,76	1,78	0	3
Mangaratiba	0,1	0,1	65	58	81	0,49	0,75	32,4	3
Maricá	0,3	0,2	73	52	69	0,85	1,41	0	4
Mendes	0,2	0	82	42	82	0,52	0,73	40	4
Mesquita	0,3	0,2	69	35	102	0,34	0,57	0	5
Miguel Pereira	0,3	0,1	70	41	74	0,76	1,08	66,7	4
Miracema	0,2	0,1	76	74	88	0,27	0,39	42,9	4

Natividade	0,6	0,2	81	34	105	1,78	1,82	0	6
Niterói	0,2	0	79	50	45	0,22	0,32	67,9	3
Paracambi	0,3	0,3	67	94	81	0,61	0,83	28,6	6
Paraíba do Sul	0,1	0,1	79	66	86	0,48	0,73	11,4	4
Paraty	0,2	0,2	84	47	96	0,23	0,34	0	4
Paty do Alferes	0,1	0,1	66	44	81	0,36	0,51	85,7	4
Petrópolis	0,2	0,1	82	28	86	0,37	0,64	88,1	5
Pinheiral	0,5	0,2	86	52	68	0,42	0,75	75	6
Piraí	0,5	0,2	95	43	91	0,25	0,47	0	6
Porto Real	0,4	0,2	88	96	94	1,13	1,75	71,4	8
Quatis	0,2	0	93	34	67	0,17	0,33	50	3
Quissamã	0,5	0,1	89	97	93	0,38	0,52	0	6
Resende	0,3	0,2	87	47	89	0,68	1,09	62,1	7
Rio Claro	0,4	0,3	87	82	72	0,45	0,93	0	6
Rio das Flores	0,4	0,1	80	91	71	0,54	0,95	25	5
Rio de Janeiro	0,4	0,3	78	72	72	0,32	0,56	42,6	5
Santa Maria Madalena	0,2	0	65	82	71	0,41	0,54	44,4	3
São João da Barra	0,1	0,1	78	37	79	0,41	0,75	0	4
São Pedro da Aldeia	0,2	0,3	59	82	55	0,56	0,83	100	5
Sapucaia	0,2	0	74	57	114	0,41	0,61	0	3
Saquarema	0,2	0,1	77	36	115	0,3	0,49	0	4
Silva Jardim	0,2	0,1	80	45	107	0,47	0,67	37,5	4
Teresópolis	0,3	0,1	73	38	73	0,29	0,4	0	3
Três Rios	0,2	0,1	73	85	81	0,32	0,52	44,8	4
Valença	0,2	0,1	75	53	99	0,5	0,56	27,3	4
Varre-Sai	0,3	0,1	79	36	97	0,13	0,29	0	4
Vassouras	0,3	0,1	90	92	90	0,45	0,7	86,3	7
Volta Redonda	0,3	0,1	78	32	63	0,16	0,29	21,1	3

Fonte: TABNET SES RJ, 2021.

APÊNDICE G - Resultados dos indicadores do terceiro quadrimestre do componente III com metas acima de três no ano 2020

Município	Indicador								N° Metas Cumpridas
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Angra dos Reis	0,2	0,1	74	62	82	0,32	0,46	44,3	3
Aperibé	0,2	0	80	36	86	0,4	0,45	0	4
Araruama	0,2	0,1	66	25	76	0,4	0,57	87	4
Areal	0,3	0,1	83	79	89	0,59	0,73	81,6	7
Barra do Piraí	0,3	0	67	52	63	0,23	0,28	84,5	3
Bom Jesus do Itabapoana	0,3	0,2	43	43	90	0,49	0,26	0	5
Cantagalo	0,2	0,2	90	95	108	0,37	0,43	50,6	7
Carapebus	0,1	0,1	68	84	101	0,18	0,29	55,6	4
Cardoso Moreira	0,1	0,1	55	26	96	0,27	0,41	100	4
Carmo	0,3	0,1	85	44	99	0,06	0,11	0	3
Casimiro de Abreu	0,2	0,1	70	64	85	0,38	0,54	0	3
Comendador Levy Gasparian	0,2	0,1	64	81	79	0,22	0,39	100	4
Engenheiro Paulo de Frontin	0,2	0,2	75	81	85	0,67	0,85	100	7
Iguaba Grande	0,3	0,2	79	74	82	0,61	0,89	100	7
Itaguaí	0,6	0,1	56	35	64	0,48	0,72	100	4
Itaocara	0,2	0	77	79	82	0,29	0,34	0	5
Itaperuna	0,2	0,1	78	52	93	0,26	0,27	33,3	4
Itatiaia	0,2	0,1	89	52	80	0,23	0,45	73,5	4
Laje do Muriaé	0,5	0,2	58	23	132	0,55	0,8	0	5
Macuco	0,1	0,1	86	67	70	0,27	0,57	0	3
Magé	0,1	0,1	65	88	75	0,15	0,29	24	3
Mangaratiba	0,1	0,1	63	60	81	0,42	0,69	31,3	3
Maricá	0,3	0,1	64	79	69	0,79	1,22	0	4
Mendes	0,2	0	76	86	82	0,49	0,65	20	5

Mesquita	0,3	0,3	67	39	102	0,35	0,58	0	5
Natividade	0,5	0,1	81	57	105	1,28	1,2	0	5
Niterói	0,1	0	81	55	45	0,21	0,29	60,2	3
Paracambi	0,4	0,4	76	90	81	0,74	0,93	43,5	7
Paraíba do Sul	0,2	0,1	79	87	86	0,44	0,71	22,9	5
Piraí	0,5	0,1	94	57	91	0,26	0,47	46,5	5
Porto Real	0,5	0,2	90	96	94	1,13	1,78	71,4	8
Quissamã	0,6	0,2	91	95	93	0,58	0,71	0	7
Resende	0,3	0,2	81	86	89	0,77	1,31	53,7	8
Rio Claro	0,5	0,3	91	70	72	0,54	1,06	0	5
Santa Maria Madalena	0,5	0,1	50	88	71	0,75	0,92	37	4
São João da Barra	0,2	0,1	82	64	79	0,49	0,84	27	4
São José de Ubá	0,2	0,1	55	26	74	0,33	0,48	74,1	3
São Pedro da Aldeia	0,2	0,3	62	88	55	0,5	0,73	86,3	5
Sapucaia	0,3	0,1	73	71	114	0,49	0,65	17,9	4
Saquarema	0,2	0,2	75	50	115	0,3	0,44	0	5
Sumidouro	0,1	0	77	56	76	0,15	0,06	80	3
Teresópolis	0,4	0,3	78	58	73	0,31	0,48	0	5
Três Rios	0,2	0,1	77	99	81	0,38	0,72	45,5	5
Valença	0,2	0,1	77	76	99	0,43	0,59	44,2	5
Varre-Sai	0,4	0,1	95	92	97	0,1	0,17	80	5
Volta Redonda	0,3	0,1	77	34	63	0,22	0,39	30,4	3

Fonte: TABNET SES RJ, 2021.