



RELATÓRIO EXECUTIVO

Como se governam as redes de atenção à saúde? Condicionantes e desafios da governança regional do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro, Brasil

Luciana Dias de Lima
Adelyne Maria Mendes Pereira
Clarice Furtado de Oliveira
Mariana Vercesi de Albuquerque
Daniele Marie Guerra
Henrique Sant'Anna Dias
Katiana Teléfora

Dezembro de 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz

Nísia Trindade Lima

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Hermano Castro

Vice-Direção de Pesquisa e Inovação

Sheila Maria Ferraz Mendonça de Souza

EQUIPE DE PESQUISA

Coordenação

Luciana Dias de Lima

Vice Coordenação

Adelyne Maria Mendes Pereira

Pesquisadora Assistente

Clarice Furtado de Oliveira

Pesquisadores

Mariana Vercesi de Albuquerque

Daniele M Guerra

Henrique Sant'Anna Dias

Katiana Teléfora

Relatório Executivo

Essa publicação tem como objetivo divulgar os resultados da pesquisa desenvolvida no âmbito do projeto ‘Como se governam as redes de atenção à saúde? Condicionantes e desafios da governança regional do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro, Brasil’, aprovado e financiado pelo Edital de Projetos de Pesquisa Ensp/Fiocruz [ENSP-021-FIO-17].

Os resultados e análises contidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade dos autores, membros da equipe de pesquisa do projeto, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Ensp/Fiocruz.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte.

Reproduções para fins comerciais são proibidas.

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

C735c Como se governam as redes de atenção à saúde? Condicionantes e desafios da governança regional do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro, Brasil. Relatório executivo / Luciana Dias de Lima, et al. — Rio de Janeiro, RJ: ENSP, Fiocruz, 2020.
60 p. : il. color. ; mapas ; tab.

ISBN: 978-65-89501-01-5

Inclui Bibliografia: 38-44.

1. Atenção à Saúde. 2. Assistência à Saúde. 3. Regionalização.
4. Sistema Único de Saúde. 5. Consórcios de Saúde. 6. Gestão em Saúde.
7. Políticas Públicas de Saúde. I. Lima, Luciana Dias de. II. Pereira, Adelyne Maria Mendes. III. Oliveira, Clarice Furtado de. IV. Albuquerque, Mariana Vercesi de. V. Guerra, Daniele Marie. VI. Dias, Henrique Sant'Anna. VII. Teléfora, Katiana. VIII. Título.

CDD - 23.ed. – 362.10425098153

SUMÁRIO

LEGENDA DE ILUSTRAÇÕES.....	5
1. APRESENTAÇÃO	8
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS	9
3. RESULTADOS	11
3.1 Notas sobre o processo de implantação de consórcios intermunicipais de saúde no Rio de Janeiro	11
3.2 A região de saúde do Médio Paraíba.....	12
3.2.1 O contexto da região.....	12
3.2.2 O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba na região.....	19
3.3 A Região de Saúde Metropolitana I e a Baixada Fluminense.....	24
3.3.1 O contexto da região.....	24
3.3.2 O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense na região	32
4. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	37
5. APÊNDICES	44

LEGENDA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

- Figura 1. Fluxo dominante de internações de média complexidade, por município de residência, nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017... 44
- Figura 2. Fluxo de internações de média complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017..... 45
- Figura 3. Fluxo dominante de internações de média complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017. 45
- Figura 4. Fluxo de internações de alta complexidade, por município de residência, nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017..... 46
- Figura 5. Fluxo dominante de internações de alta complexidade, por município de residência, nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba (entrada). Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017..... 48
- Figura 6. Fluxo de internações de alta complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017..... 48
- Figura 7. Fluxo dominante de internações de alta complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017. 49
- Figura 8. Fluxo dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (sem medicamentos), por município de residência, nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017. 50
- Figura 9. Fluxo dominante dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (sem medicamentos), por município de residência, nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017. 51
- Figura 10. Fluxo de procedimentos de alta complexidade (sem medicamentos), por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017..... 52
- Figura 11. Fluxo dominante de procedimentos de alta complexidade (sem medicamentos), por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017. 52
- Figura 12. Fluxo dominante de internações de média complexidade, por município de residência, nos municípios da Região do Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017..... 53

Figura 13. Fluxo de internações de média complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região da Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.....	54
Figura 14. Fluxo dominante de internações de média complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região da Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.....	55
Figura 15. Fluxo de internações de alta complexidade, por município de residência, nos municípios da Região do Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.....	55
Figura 16. Fluxo dominante de internações de alta complexidade, por município de residência, nos municípios da Região do Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.	56
Figura 17. Fluxo de internações de alta complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região da Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.....	56
Figura 18. Fluxo dominante de internações de alta complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região da Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.	57
Figura 19. Fluxo dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (sem medicamentos), por município de residência, ocorridos nos municípios da Região do Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.	58
Figura 20. Fluxo dominante dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (sem medicamentos), por município de residência, nos municípios da Região do Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.....	58
Figura 21. Fluxo de procedimentos de alta complexidade (sem medicamentos), por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região do Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.....	59
Figura 22. Fluxo dominante de procedimentos de alta complexidade (sem medicamentos), por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região do Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.	59

Tabelas

Tabela 1. Fluxo de internações de média complexidade, por município de residência, nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.....	44
Tabela 2. Fluxo de internações de alta complexidade, por município de residência, nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.....	47
Tabela 3. Fluxo de internações de alta complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.....	49

Tabela 4. Fluxo dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (sem medicamentos), por município de residência, nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017. 51

Tabela 5. Fluxo de internações de média complexidade, por município de residência, nos municípios da Região da Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017. 53

Tabela 6. Fluxo de internações de média complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região da Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017. 54

Tabela 7. Fluxo de internações de alta complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região da Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017. 57

1. APRESENTAÇÃO

O presente relatório executivo registra os principais achados da pesquisa desenvolvida no âmbito do projeto ‘Como se governam as redes de atenção à saúde? Condicionantes e desafios da governança regional do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro, Brasil’, aprovado e financiado pelo Edital de Projetos de Pesquisa Ensp/Fiocruz [ENSP-021-FIO-17].

O estudo aborda os arranjos de governança regional do SUS e suas implicações para a configuração de redes de atenção à saúde no estado do Rio de Janeiro (RJ). Considerando que tais arranjos abrangem os atores, as estruturas e os processos que conformam as decisões e a gestão das políticas públicas e de saúde, em contextos socioeconômicos e político-institucionais específicos; e, no âmbito do SUS, envolvem grupos e organizações diversas que atuam nas regiões de saúde, a pesquisa direcionou-se para os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Os CIS estudados foram o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA) e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF), evidenciando seus aspectos político-institucionais e sua atuação na rede de atenção à saúde, no contexto da região de saúde em que se inserem. Essas dimensões orientam a descrição dos resultados da análise neste relatório, com o objetivo de disseminá-los junto aos gestores da saúde dos municípios consorciados, seus técnicos e demais atores, bem como aqueles interessados e que estudam a temática.

Além desta breve apresentação, o relatório executivo se estrutura em uma seção com a síntese dos aspectos metodológicos, seguida pelos itens de resultados. Nestes, são apresentadas notas sobre o processo de implantação dos consórcios intermunicipais no Rio de Janeiro e os resultados para cada uma das regiões estudadas, considerando o contexto regional (características gerais e da rede de atenção à saúde) e o CIS na região, com destaque para: (1) os aspectos político-institucionais (perfil dos dirigentes, criação, trajetórias e funções regionais; organização e dinâmica de funcionamento, relações com outras organizações e espaços regionais); e (2) as funções na organização regional da rede de serviços (na prestação, financiamento e regulação da assistência à saúde, bem como na formação e capacitação profissional). Ao fim, são tecidas algumas considerações sobre expectativas de futuro para cada Consórcio.

O relatório traz, ainda, o conjunto da bibliografia utilizada no âmbito da pesquisa e um item de ‘Apêndices’ com figuras e tabelas referentes à análise dos fluxos assistenciais que caracterizam as duas regiões de saúde nas quais os CIS estudados estão inseridos.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

O estudo priorizou a análise da dinâmica de atuação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) na organização regional do SUS no estado do Rio de Janeiro. Partiu-se do pressuposto de que a dinâmica de atuação dos CIS deve ser compreendida em sua dupla dimensão - como mecanismo de governança e como instrumento de estruturação de redes de serviços de saúde - no contexto das regiões de saúde em que se inserem.

Considerou-se que a dinâmica de atuação dos CIS é condicionada por fatores de natureza diversa, relacionados às características socioespaciais das regiões de saúde, aos aspectos político-institucionais e às funções de gestão desempenhadas pelos CIS na rede de serviços.

O método utilizado foi de estudo multicase envolvendo duas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro: Médio Paraíba e Metropolitana I/Baixada Fluminense. As regiões foram selecionadas por possuírem CIS consolidados e em funcionamento desde sua implantação no final dos anos 1990 (mais de 20 anos de funcionamento ininterrupto). Além disso, ambas as regiões possuem estruturas diversificadas de gestão regional (CIR, Núcleos de Gestão Regional da SES). As principais técnicas utilizadas foram: análise de dados secundários, análise documental e entrevistas semiestruturadas.

Explorou-se os dados secundários oriundos de sistemas de informações em saúde do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (Datapus; <http://datapus.saude.gov.br/>). Buscou-se compreender a configuração da rede assistencial do SUS no estado (cobertura de Atenção Primária à Saúde e produção ambulatorial e hospitalar de média a alta complexidade), bem como caracterizar de modo aprofundado o contexto das regiões de saúde selecionadas.

A análise das informações foi feita em duas dimensões, com o objetivo de aferir: 1) a participação pública e privada na prestação e nas despesas relacionadas à assistência especializada, destacando os entes governamentais (níveis de governo), no caso da participação pública; 2) a concentração da assistência especializada no município polo da região.

Realizou-se, ainda, estudo dos fluxos assistenciais com dados originados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). As informações foram obtidas das internações e procedimentos realizados no ano de 2015 a 2017, nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba e da Metropolitana I/Baixada Fluminense. As

internações foram agregadas e analisadas segundo a complexidade do procedimento, local de residência e local de internação do paciente.

Na análise hospitalar foram considerados somente os fluxos com mais de 100 internações de média complexidade e 12 internações de alta complexidade realizados no período de 2015 a 2017. Foram utilizadas apenas internações nas 4 especialidades básicas: clínica médica, clínica obstétrica, clínica pediátrica e clínica cirúrgica.

Os fluxos ambulatoriais foram analisados apenas na alta complexidade, pois grande parte dos procedimentos de média complexidade ambulatorial é apresentada pelo Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C), e, portanto, não trazem o endereço do paciente, o que inviabiliza o estudo de fluxos. Nos atendimentos de alta complexidade ambulatorial foi excluído o subgrupo dos medicamentos

A análise documental tratou especialmente do Protocolo de Intenções do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba e do Protocolo de Intenções do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense, pontos de partida para a compreensão da estrutura destes Consórcios.

As entrevistas foram realizadas por meio da utilização de roteiro padrão com 39 perguntas semi-estruturadas, que foi adaptado de acordo com o perfil do entrevistado. O mapeamento dos atores a serem entrevistados teve como ponto de partida a definição das regiões para a pesquisa de campo e as questões a serem investigadas. Foram realizadas 24 entrevistas entre maio e setembro de 2019.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Ensp (CAAE: 59010816.0.0000.5240; Parecer: 1.839.205).

3. RESULTADOS

3.1 Notas sobre o processo de implantação de consórcios intermunicipais de saúde no Rio de Janeiro

Nacionalmente, o processo de constituição de consórcios intermunicipais de saúde se amplia na década de 1980 e se fortalece na década de 1990. No início, se configuravam como iniciativas autônomas dos municípios e, em alguns casos, foram constituídos com apoio financeiro das Secretarias Estaduais de Saúde e do Governo Federal.

O consorciamento entre entes governamentais não é destacado na regulamentação nacional do processo de regionalização do SUS, ainda que houvesse algum incentivo para a constituição de Consórcios Públicos após a promulgação da Lei dos Consórcios (2005) e a implantação de estruturas regionais de gestão do SUS passassem a ter maior relevância.

No contexto do Rio de Janeiro, a década de 1990 é marcada por um movimento de indução aos consórcios protagonizado pelo COSEMS-RJ, em parceria com a UERJ. Posteriormente, os consórcios passam a ser valorizados pela SES-RJ, no governo Garotinho, passando a fazer parte do planejamento da Secretaria de Estado.

Neste período, a Secretaria de Estado de Saúde realizou estudos dos fluxos assistenciais de média e alta complexidade dos perfis assistenciais dos hospitais que foram levados para discussão juntos às secretarias municipais nas regiões de saúde, visando fortalecer o planejamento e a programação em saúde. Este processo estava relacionado à elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e fomentou discussões regionais com um enfoque assistencial.

Ao final da década, a Secretaria de Estado elaborou projeto de apoio à implantação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde incluindo suporte financeiro a projetos voltados para organização da rede assistencial em áreas definidas pelas regiões de saúde. A indução aos Consórcios teve muita importância na Secretaria de Estado e que se expressou no processo de regionalização por criar um espaço de discussão regional até então inexistente na maioria das regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro

3.2 A região de saúde do Médio Paraíba

3.2.1 O contexto da região

3.2.1.1 Características gerais

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do estado do Rio de Janeiro, revisado em 2013, a Região de Saúde Médio Paraíba é composta por 12 municípios: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença, Volta Redonda. Estes integram, também, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Médio Paraíba (CISMEPA).

A população regional é de 909.136 habitantes (ano 2018), que corresponde a 5,2% da população do Estado do Rio de Janeiro. Os três maiores municípios têm porte populacional acima de 100 mil habitantes. Juntos, representam 64,5% dos habitantes. São eles: Barra Mansa (183.976), Resende (130.334) e Volta Redonda (271.998), este concentra 30% da população. Barra do Piraí e Valença tem, respectivamente, 99.969 e 76 mil habitantes. Já Rio das Flores tem o menor porte populacional, com 9.222 habitantes.

A região abriga tecido urbano sob influência da concentração Volta Redonda – Barra Mansa, com em torno de 72% da população residente em áreas com boas e médias condições de vida. Na atividade econômica, observa-se relevante parque industrial no eixo Volta Redonda – Barra Mansa – Resende, com presença da Companhia Siderúrgica Nacional e montadoras de automóveis e caminhões, em Resende (Nissan e Volkswagen) e Porto Real (Peugeot). Valença, Barra do Piraí e Porto Real se destacam como municípios industriais na fabricação de vidro e galvanização. A participação da indústria no valor adicionado total alcança 39,42% (dados de 2010), com o setor de comércio e serviços ligeiramente superior, 42,78%, seguido pela administração pública, cuja participação é de 16,99%. A participação do setor agropecuário é de 0,81%.

Os dados de saneamento básico, para o ano de 2015, indicavam boa cobertura de coleta de esgoto na região, com a maior parte dos municípios com cobertura igual ou superior a 90%. Apenas Valença (40,1%) e Piraí (36,1%) tinham percentuais abaixo de 50%. O abastecimento adequado de água alcançava 90% dos municípios e 98% da população da região estava atendida por coleta regular de lixo domiciliar. Já o percentual de pessoas residentes em domicílios com energia elétrica era de 99,86% na região (dados de 2010)

Os indicadores de renda e pobreza, considerando o ano de 2010, apontavam para um cenário de heterogeneidade na distribuição entre os municípios, com renda média domiciliar per capita de R\$ 771,12 para a Médio Paraíba, valor inferior ao encontrado para o estado do

Rio de Janeiro (R\$ 993,21), variando de R\$ 494,09 em Rio das Flores a R\$891,18 em Resende. A proporção de pessoas com renda inferior a ½ salário mínimo era de 23,81% na Região, abaixo do valor encontrado para o estado do Rio de Janeiro (25,87%). Volta Redonda e Resende têm os menores percentuais, respectivamente: 18,13% e 20,62%. Municípios menores, em termos populacionais, tem percentuais de pessoas com baixa renda acima dos 30%. São eles: Rio Claro, Quatis, Rio das Flores, Piraí, Pinheiral e Valença.

O Índice de Gini da renda domiciliar per capita (dados de 2010) dos municípios da região variou de 0,42 em Porto Real a 0,54 em Pinheiral e Piraí, o que representa uma variação de 28,5% entre o maior e o menor valor do índice. Abaixo de 0,5, além de Porto Real, estão os municípios de Quatis, Rio das Flores e Barra Mansa; os demais apresentavam o Gini com valores superiores, com 0,51 em Volta Redonda, 0,52 em Barra do Piraí, Itatiaia, Rio Claro e Valença, seguidos por Resende com 0,53. Nota-se, assim, uma variação sutil entre os índices de Gini desses municípios.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM; dados de 2010), observa-se o menor valor para Rio Claro e Rio das Flores, com 0,68, e os maiores valores para os municípios de Resende e Volta Redonda, com 0,77, uma variação de 13,2%. Há predomínio de municípios com IDHM acima de 0,7 (considerado alto), com apenas Rio das Flores (0,68), Rio Claro (0,68) e Quatis (0,69) com valores abaixo (considerados médios), ainda assim, próximos a esse valor.

A taxa de desemprego calculada para 2010 na região do Médio Paraíba atingiu 8,36%, valor ligeiramente superior ao apurado para o estado do Rio de Janeiro (8,28%). A menor taxa era encontrada em Rio Claro (4,63%) e a maior em Pinheiral (10,5%). Além de Rio Claro, seis municípios têm taxas de desemprego inferiores às taxas regional e estadual: Rio das Flores (5,42%), Quatis (6,94%), Itatiaia (7,77%), Resende (7,88%), Volta Redonda (8,1%) e Valença (8,27%). Apenas Pinheiral (10,5%) e Porto Real (10,15%) apresentavam taxas de desemprego superiores aos 10%.

A região registrou uma taxa de mortalidade geral, em 2018, de 7,9 óbitos por mil habitantes na Região, ligeiramente inferior à encontrada para o estado (8,2 óbitos por mil habitantes). Porto Real apresentou a menor taxa de mortalidade geral (6,6) e a maior foi encontrada em Barra do Piraí (8,7), que juntamente com Valença (8,3 óbitos/1000 hab.) e Volta Redonda (8,4 óbitos/1000 hab.) apresentam taxas superiores à encontrada para a região.

A taxa regional de mortalidade por causas externas era de 74,2 óbitos por 100 mil habitantes na Médio Paraíba, abaixo dos 85,3 óbitos por 100 mil encontrados para o Estado do Rio de Janeiro (13% inferior). A taxa de mortalidade infantil, de 11,9 por mil nascidos vivos,

também é inferior à taxa estadual (12,7), situação que se repete, com maior intensidade, para a mortalidade materna: 17,6 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, ante 59,9 da taxa estadual.

Proporcionalmente, a Médio Paraíba respondeu por aproximadamente 5% dos óbitos ocorridos no estado do Rio de Janeiro. Considerando os principais grupos de causas, na região, 31,13% dos óbitos tiveram como causa as doenças do aparelho circulatório, seguidos pelas neoplasias malignas (18,03%) e as doenças transmissíveis (10,54%). As causas externas responderam por 9,87% das mortes de residentes da região.

A região apresentou taxas de mortalidade específicas (óbitos por 100mil hab.) com valores superiores aos encontrados para o estado, no ano de 2018, por neoplasias malignas (135,7), doenças do aparelho circulatório (234,1), doenças cerebrovasculares (66,8) e doenças crônicas não transmissíveis (450,4). As taxas de mortalidade por doenças transmissíveis (79,4) e por infecções respiratórias agudas (43,7) eram menores que os valores estaduais.

Em relação aos aspectos políticos, predominam na Região prefeitos filiados ao partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB) (5 municípios). Com exceção de Volta Redonda, os prefeitos foram eleitos em coligações partidárias com diversidade quantitativa, variando nos arranjos eleitorais de 4 partidos, caso do município de Quatis, a 19 legendas em Porto Real, considerando os mandatos iniciados em 2017.

A maioria é natural do próprio município de exercício do mandato ou de município que pertence à Médio Paraíba, com exceção de Barra do Piraí (prefeito natural do Rio de Janeiro) e Rio Claro (prefeito natural de Bom Jardim). Há predomínio (oito dos doze prefeitos) do nível superior de escolaridade, ainda que com variadas ocupações/profissões. Em geral, os prefeitos dos municípios da região têm trajetórias marcadas por mandatos legislativos e cargos no Poder Executivo, principalmente no nível local.

Nos municípios de Resende e Piraí, os prefeitos são médicos. Neste último, o chefe do poder executivo municipal já ocupou os cargos de secretário de saúde e de planejamento, ciência e tecnologia do município; tem trajetória de vinculação com a Saúde Coletiva, por ter mestrado na área e passagem pela diretoria do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), e por organizações de representação dos gestores de saúde, como o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (Cosems-RJ) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Também, já ocupou o cargo de presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA).

No que se refere aos cursos e vagas de medicina na região, dois municípios, Valença e Volta Redonda, ofertam anualmente 270 vagas em cursos médicos de instituições privadas. A oferta regional corresponde a 8,8% da oferta estadual de vagas de graduação médica.

Diferentes estruturas de planejamento e gestão regional estão presentes na região do Médio Paraíba, todas sediadas em Volta Redonda. São elas: Comissão Intergestores Regional (CIR) e sua Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde e a Central Regional de Regulação, ligados à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), além do CISMEPA.

3.2.1.2 Características da rede de atenção à saúde

- *Cobertura da Atenção Primária*

A região do Médio Paraíba apresentava boa cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), alcançando 72% no total e 100% em 6 municípios, no ano de 2017. O menor percentual foi observado em Barra do Piraí, com apenas 25% de cobertura da ESF. Na estimativa do total da Atenção Primária em Saúde (APS), a cobertura regional amplia-se para 87%, com o menor valor, também, em Barra do Piraí (45%), seguido por Valença (70%). Nos demais municípios da região, as coberturas de APS eram acima de 87%. A saúde bucal apresentava cobertura de 54% da população na Estratégia Saúde da Família e 75% no total da APS. A cobertura de agentes comunitários de saúde era de 51%. A assistência na atenção primária é predominantemente realizada por estabelecimentos públicos municipais (96%).

- *A assistência de média e alta complexidades*

Os municípios de Volta Redonda e Barra Mansa se destacam no total dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade (MAC) no Médio Paraíba, concentrando 50% dos atendimentos hospitalares e 48% dos atendimentos ambulatoriais ocorridos na região. Os municípios de Resende, Valença e Barra do Piraí produzem em torno de 39% dos atendimentos hospitalares e 33% dos ambulatoriais.

Na alta complexidade ambulatorial, Volta Redonda e Barra Mansa são responsáveis por 40% e 26% dos atendimentos, respectivamente. Também há participação dos municípios de Barra do Piraí (17%), Valença (11%) e Resende (5%). Nos atendimentos de média complexidade ambulatorial, verifica-se que há produção em todos os municípios da região, com destaque para Volta Redonda (40%), Resende (14%) e Barra do Piraí (11%). Na assistência hospitalar, pode-se observar que a produção de toda alta complexidade é dividida entre os municípios de Barra Mansa (49%) e Volta Redonda (44%), embora os municípios de Resende e Valença realizem uma pequena parte dos atendimentos da região. Os atendimentos de média

complexidade hospitalar são realizados por todos os municípios da região, com destaque para Volta Redonda, com 30% dos atendimentos, Resende, com 16%, e Barra Mansa, com 15% dos atendimentos ocorridos na região do Médio Paraíba.

- *Perfis dos prestadores públicos e privados da assistência de média e alta complexidade (MAC)*

O atendimento ambulatorial de média complexidade na região do Médio Paraíba é predominantemente público, com 74% dos procedimentos realizados por estabelecimentos públicos municipais, 19% por estabelecimentos filantrópicos e 7% por estabelecimentos privados com fins lucrativos. Nos valores financeiros, a proporção é de 70% do valor faturado em estabelecimentos públicos e 30% nos privados.

Quanto aos atendimentos ambulatoriais de alta complexidade são produzidos predominantemente por estabelecimentos privados (89% físico e 91% do valor financeiro), sendo 80% deles produzidos por estabelecimentos privados com fins lucrativos; 11% dos atendimentos de alta complexidade ambulatorial no Médio Paraíba são realizados por estabelecimentos públicos municipais, e representa 6% do valor financeiro faturado.

Na assistência hospitalar de média complexidade, 66% dos atendimentos são realizados por estabelecimentos privados (51% do valor financeiro) com ou sem fins lucrativos, e 34% dos atendimentos realizados por prestadores públicos municipais, o que representa 49% do valor financeiro faturado na região. Não há predominância de prestadores com atendimento regional expressivo. Cada município, na maioria dos atendimentos, atende seus próprios munícipes.

A assistência de alta complexidade hospitalar no Médio Paraíba é prioritariamente privada, responsável por 77% dos procedimentos e 89% do valor financeiro. Os estabelecimentos públicos municipais são responsáveis por 23% dos atendimentos, mas somam 10% do valor financeiro da assistência de alta complexidade hospitalar

- *Fluxos assistenciais*

Grande parte das internações de média complexidade da região do Médio Paraíba são realizadas para seus próprios munícipes (98%). Os municípios de Barra Mansa, Volta Redonda e Piraí realizam atendimento a diversos municípios da região. No entanto, a maioria dos atendimentos de média complexidade hospitalar são realizados para seus próprios munícipes, assim como os atendimentos realizados nos demais municípios. Aqueles que mais receberam pacientes de outras regiões no período de 2015 a 2017 foram Piraí (21%), Barra Mansa (13%), Resende (12%) e Volta Redonda, com 12% dos atendimentos (Tabela 1)

Nas internações de média complexidade, o maior fluxo de pacientes foi observado entre os municípios de Barra Mansa e Volta Redonda, que também recebe muitos pacientes de Pinheiral. Também se observam fluxos dominantes dos municípios de Quatis e Porto Real para o município de Barra Mansa; de Rio das Flores para Valença; de Itatiaia para Resende e de Pinheiral para Piraí. Paracambi e Angra dos Reis, pertencentes de outras regiões de saúde, mantem fluxos dominantes com Barra do Piraí e Rio Claro, respectivamente (Figura 1).

Nos atendimentos de média complexidade hospitalar, a região do Médio Paraíba se mostrou bem resolutiva, com somente 3% das internações de seus munícipes realizadas fora da região, sendo a maioria na cidade do Rio de Janeiro, seguida por Paraíba do Sul, Angra dos Reis e Vassouras (Figura 2). Os municípios mais dependentes de outros no atendimento da média complexidade hospitalar, nos anos de 2015 e 2017, foram Rio das Flores (49%), Itatiaia (46%), Pinheiral (45%) e Rio Claro (39%). O município de Resende se mostrou o mais resolutivo no período, responsável pelo atendimento de 97% das internações de média complexidade de seus moradores, em seu próprio território, seguido por Volta Redonda e Valença, com respectivamente 96 % e 95% dos atendimentos de seus moradores no próprio município.

Os fluxos dominantes de saída de pacientes de municípios da região do Médio Paraíba, no atendimento da média complexidade hospitalar (Figura 3) compreenderam internações dos municípios de Valença e Resende para o município do Rio de Janeiro; de Barra Mansa para Volta Redonda; de Rio Claro para Barra Mansa; de Rio das Flores para Valença; e dos municípios de Porto Real, Quatis e Itatiaia para o município de Resende.

Nos atendimentos de alta complexidade hospitalar, o cenário é bem diverso. Os municípios de Barra Mansa, Volta Redonda, Resende e Valença se destacam na região, e foram responsáveis por 96% dos atendimentos para os moradores do Médio Paraíba. O restante dos atendimentos foi realizado nos municípios de Barra do Piraí e Piraí (Figura 4).

Cerca de 86% dos atendimentos ocorridos na região do Médio Paraíba foram realizados para seus próprios moradores. Outros 14% foram para moradores de municípios de outras regiões de saúde, destacando-se atendimentos para Angra dos Reis (4%), Mangaratiba (1,3%), Paraty (1,2%) e Rio de Janeiro (1%), além de outros 22 municípios do estado (Tabela 2).

Os municípios que mais receberam pacientes na região do médio paraíba foram Barra Mansa, com 60% dos atendimentos realizados para outros municípios, Volta Redonda (29%) e Valença (8%)

Há um grande fluxo de entrada no município de Barra Mansa, de municípios do Médio Paraíba e de outras regiões do estado, com dominância nos fluxos originados de Resende,

Itatiaia, Valença e Volta Redonda (Figura 5). Também se observa um fluxo dominante de atendimentos de alta complexidade hospitalar dos residentes nos municípios de Barra do Piraí e Barra Mansa, no município de Volta Redonda. Parte relevante dos atendimentos realizados aos residentes do Médio Paraíba ocorreram na própria região (85%). Fora da região, os locais com atendimento mais frequente a seus moradores foram os municípios do Rio de Janeiro (8%), Paraíba do Sul (4%) e Vassouras (1%), Itaperuna (0,7%) (Figura 6).

As localidades de Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Rio Claro e Rio das Flores e Barra do Piraí realizaram 100% dos atendimentos de alta complexidade hospitalar de seus residentes em outros municípios. Volta Redonda e Barra Mansa se mostraram os municípios menos dependentes, com a exportação de apenas 18% e 20% respectivamente, de seus pacientes, nas internações de alta complexidade hospitalar (Tabela 3).

Na alta complexidade hospitalar, há um grande fluxo de pacientes de Resende e Valença para o município de Barra Mansa, que também recebe fluxos dominantes de Itatiaia, Porto Real, Quatis, Rio Claro, Piraí, e Rio das Flores e Pinheiral. Também pode-se observar fluxos dominantes entre Barra do Piraí e Volta Redonda (Figura 7).

Na alta complexidade ambulatorial, 89% dos procedimentos realizados na região do Médio Paraíba foram destinados a moradores da própria região. Os municípios de Angra dos Reis, Mendes, Vassouras e Paracambi foram os que mais utilizaram estabelecimentos da região do Médio Paraíba no período de 2015 a 2017 (Figura 8).

Os municípios da região que mais receberam pacientes de outras regiões foram Barra Mansa (51%), Barra do Piraí (50%) e Volta Redonda (45%) (Tabela 4). Grande parte do atendimento da região está concentrada nos municípios de Volta Redonda, Barra Mansa, Barra do Piraí e Valença. Há também atendimentos regionais realizados pelos municípios de Resende e Piraí, além de atendimentos realizados em Itatiaia, exclusivamente para seus residentes.

Observa-se que houve um grande fluxo de entrada de pacientes de Barra do Piraí, no município de Volta Redonda, e de pacientes de Resende no município de Barra Mansa. No período analisado também se observam fluxos dominantes, de procedimentos de alta complexidade ambulatorial, entre os municípios de Rio das Flores e Valença; Itatiaia e Resende; e Piraí e Barra do Piraí (Figura 9).

A maioria dos atendimentos de alta complexidade ambulatorial para os residentes na região do Médio Paraíba foi realizada na própria região (90%). Fora dela, os municípios mais acessados pelos moradores do Médio Paraíba foram o Rio de Janeiro (5%), Angra dos Reis (1,4%), Três Rios (1%) e Japeri (1%) (Figura 10).

Os municípios de Pinheiral, Porto Real, Quatis, Rio Claro, Rio das Flores e Itatiaia não realizam procedimentos de alta complexidade ambulatorial em seus territórios e dependem 100% de outras localidades para o atendimento de seus residentes. Os municípios menos dependentes observados no período foram Valença, Barra Mansa e Volta Redonda, que realizam 70% dos atendimentos, dentro de seu próprio território.

Como fluxos dominantes de saída de pacientes da região do Médio Paraíba, nos atendimentos de alta complexidade ambulatorial, destaca-se um grande movimento entre os municípios de Barra do Piraí e Volta Redonda; Resende e Barra Mansa e entre Barra Mansa e Volta Redonda. Há também fluxos dominantes, menos intensos entre os municípios de Itatiaia, Porto Real, para o município de Barra Mansa; entre Rio Claro e Angra dos Reis; entre Piraí e Pinheiral, no município de Barra do Piraí; e entre o município de Quatis e o Rio de Janeiro (Figura 11).

3.2.2 O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba na região

3.2.2.1 Aspectos político-institucionais

- *Perfil dos dirigentes*

O presidente do CISMEPA é oriundo de Pinheiral, com trajetória política no município, tanto no Poder Executivo, quanto no Legislativo, incluindo o legislativo estadual. Secretária Executiva e Coordenador Técnico são profissionais de saúde, enfermeira e médico veterinário, respectivamente, com estudos pós-graduados na área da Saúde Coletiva e atuação na gestão municipal da saúde em Piraí e Volta Redonda. São também representantes da região/membros de instâncias de governança do SUS no Rio de Janeiro, como a CIB e o COSEMS-RJ.

- *Origem, trajetória e funções desempenhadas pelo CIS na região*

A origem do CISMEPA se relaciona com o histórico da região de ter boa articulação entre os municípios, com discussão de pautas comuns e encontros de secretários de saúde, desde meados dos anos 1980. Na década seguinte, surge a demanda para a constituição de um espaço regional formal dessa articulação na saúde. A proposta de implantação do CISMEPA surge em 1997, em um movimento liderado pela secretária de saúde de Volta Redonda (à época vice-presidente do COSEMS-RJ), tendo como elemento aglutinador as demandas para elaboração da PPI, conforme NOB/96. Esse processo foi favorecido pela coesão política existente entre Volta Redonda, Barra Mansa e Resende). O consórcio se constituiu como uma instância essencialmente administrativa para a articulação regional, discussão e execução de políticas regionais. Era destaque o papel do COSEMS na região, articulando os municípios e as

demandas para a SES-RJ. A importância da SES no processo de implantação se relacionava com a oferta de apoio técnico e financeiro.

A trajetória inicial do CIS envolveu a realização de um estudo sobre fragilidades na assistência materno-infantil, sobretudo nas questões da gestação e parto de alto risco, que foi utilizado para captação de recursos junto à SES. O CIS passa por um período de inoperância na virada de 2004 para 2005 (5 meses), quando ocorre vacância na presidência, novamente ocupada meses depois pelo prefeito de Barra Mansa.

Até a criação dos CGR (depois, CIR), o CISMEPA manteve sua atuação direcionada para a articulação regional e apoio na estruturação da rede de atenção. Com os CGR, essa atuação do CIS é reorganizada, abrindo espaço para atuação em novas frentes, como a da prestação de serviços. O foco de atuação passa a ser a operacionalização do SAMU regional.

- *Organização e dinâmica de funcionamento*

O CISMEPA foi criado como associação civil de direito privado sem fins lucrativos; em 2009, passa a se constituir como associação pública, com personalidade jurídica de direito público, conforme Lei Federal Nº 11.107/2005, regulamentada pelo Decreto Presidencial 6017/2007. A alteração de personalidade jurídica não representou grandes mudanças para o funcionamento do Consórcio, embora tenha possibilitado alguns arranjos, como a captação de recursos via emendas parlamentares e a realização de chamamentos públicos considerando a população de todos os municípios. O Consórcio pode abrir este tipo de processo licitatório porque se constitui como uma autarquia, parte da administração indireta dos 12 municípios.

A estrutura do CISMEPA no momento de sua criação era composta por três instâncias: Assembleia de Prefeitos, Assembleia de Gestores; e Comitê de Administração (Schneider, 2010). Atualmente, estrutura-se em Assembleia Geral; Assembleia de Gestores; Conselho Fiscal; e Secretaria Executiva. Volta Redonda é o município sede do Consórcio. Atualmente, as principais funções desempenhadas pelo CISMEPA estão relacionadas à rede de Urgência e Emergência, com a gestão do SAMU e o apoio técnico na estruturação dessa rede.

O Consórcio atuou na elaboração do Plano de Urgência e Emergência, bem como realiza o monitoramento dos sistemas de informação, coordena o Grupo Condutor, apresenta as pautas na CIR e apoia tecnicamente os municípios também em dificuldades pontuais. No caso da gestão do Hospital Regional (Zilda Arns), há negociações do consórcio com a gestão estadual. O CISMEPA realiza ações pontuais a partir da demanda dos municípios, como licitações de interesse regional (visando ao ganho de escala), especialmente de medicamentos e chamamento público de serviços de saúde, com foco na área de diagnose (exames de imagem).

Existe também uma função do Consórcio na articulação política para captação de recursos financeiros de fontes diversas, como os de Emendas Parlamentares. Esta função é mencionada como de maior importância para os municípios menores, que não tem votação expressiva e que associados em Consórcio conseguem ganhar peso político.

A Secretaria Executiva do CISMEPA é sempre ocupada por um Secretário de Saúde. O cargo não é ocupado permanentemente, havendo eleições juntamente com a de presidente do Consórcio e seu papel é voltado para a articulação entre os Secretários. O Secretário Executivo é o ordenador de despesas junto com o Presidente, participa do planejamento e das principais tomadas de decisão quanto aos projetos e a aplicação dos recursos, que ocorrem nas reuniões executivas, quando se reúne com o presidente e o Coordenador do Consórcio.

O Coordenador é responsável efetivamente pela gestão técnica do CISMEPA. Além das funções relacionadas diretamente aos serviços prestados pelo Consórcio, atualmente o Coordenador do CISMEPA está à frente da articulação da Rede de Urgência e Emergência, sendo o Coordenador do Grupo Condutor Regional da RUE e representante da região no Grupo Condutor Estadual da RUE. É membro da Câmara Técnica da CIR e da CIB e participante da CIR. Foi escolhido como representante da Médio Paraíba na CT da CIB por consenso.

O presidente do Consórcio é um prefeito eleito para mandato de 2 anos, podendo ser reeleito por mais 2 anos. A Assembleia Geral é a reunião dos prefeitos, que ocorre de acordo com a necessidade, não havendo uma periodicidade definida. Sua ocorrência também conta com a participação dos secretários de saúde. As principais decisões do Consórcio, incluindo seu orçamento anual, têm que ser aprovadas pelos Prefeitos em Assembleia.

O colegiado de Secretários de Saúde (Assembleia de Gestores) tem sido substituído pela CIR. Apenas em caso de ser necessário formalizar alguma decisão do consórcio, é fechada a reunião de CIR e aberta a Assembleia de gestores, o que é raro, pois as principais negociações e decisões relacionadas estritamente ao CISMEPA são realizadas na Assembleia Geral. Quando algum município resolve sugerir alguma ação para o Consórcio, isto é levado para a reunião da CIR e, havendo consenso, é colocado em prática, se necessário levado para a aprovação pela Assembleia de Gestores.

- *Relações com outras organizações e espaços decisórios*

O consórcio possui uma relação de alinhamento com a CIR da Médio Paraíba (funcionamento de forma casada; consideradas instâncias complementares), havendo consenso em não se replicar reuniões com Secretários, o que repercute no fato de que eventualmente a Assembleia de Gestores do CIS é substituída pela reunião da CIR, que apresenta o mesmo colegiado de gestores municipais acrescida da representação da secretaria de estado. A espaço

na agenda da CIR para discussão sobre questões específicas do consórcio. Destaca-se a capacidade técnica do CISMEPA em discussões sobre RUE, Planejamento e PPI, além da Rede Cegonha, mais recentemente. A relação com a SES foi importante no momento de implantação do consórcio, pela liberação de recursos para projeto de saúde materno-infantil, sem novos projetos financiados pela SES. Tentativas de maior atuação do estado nos consórcios, especialmente em 2015, não avançaram e alguns entrevistados indicam a ocorrência de uma relação conflitiva com a SES no processo de construção do hospital regional, proposto originariamente pelos municípios da região, mas que ficou sob gestão estadual. Novas negociações quanto à gestão do hospital ocorreram em 2019.

Não há relação formal com o COSEMS, mas este oferta apoio técnico regional e evidencia-se o fato de a Secretária Executiva do CIS ser presidente do COSEMS. As relações com o poder judiciário são pontuais, voltadas muitas vezes para o fornecimento de informações aos parlamentares proponente de emendas direcionadas para a região e para o CIS.

3.2.2.2 Funções na organização regional da rede de serviços

- *Prestação de ações e serviços assistenciais*

Os municípios do Médio Paraíba se reuniram para discutir a implantação do SAMU, quando o Ministério da Saúde lançou a portaria de financiamento do SAMU Regional. O projeto foi naturalmente assumido pelo Consórcio. O processo de elaboração e aprovação do projeto se iniciou em 2010, com funcionamento do SAMU regional a partir de 2012, com modelo de gestão por Organização Social. A Central Regional do SAMU da Médio Paraíba funciona no mesmo local de funcionamento do CISMEPA, em Volta Redonda. Atualmente a Organização Social é a administradora do projeto, faz a contratação de motorista, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, o software da regulação, do o call center, a ouvidoria, pesquisa de satisfação, treinamentos de todos os funcionários, manutenção preventiva das ambulâncias, compra de pneus, seguro, etc. Cabe aos municípios acompanhar as prestações de contas apresentadas pelo Consórcio e cobrar a qualidade dos serviços prestados. Os municípios repassam o recurso para o Consórcio que paga a Organização Social e a prestação de contas é realizada na CIR a cada três meses, com avaliação dos indicadores, tanto de processo, quanto de resultados. Os dados são disponibilizados pela OS e monitorados e acompanhados pelo CISMEPA, que realiza a fiscalização do contrato. Toda a rede do SAMU é administrada pelo Consórcio, assim, apesar das ambulâncias estarem em cada município, o gestor municipal não tem autonomia sobre elas. Esse formato busca evitar a existência de bases municipais sem ligação e de diferentes vínculos de trabalho dos profissionais. A atuação do CISMEPA na rede

de urgência e emergência se expande para além do SAMU, pois envolve a articulação da Rede de Urgência e Emergência como um todo, inclusive colocando em pauta a pertinência de entrada de novos prestadores e o apoio técnico junto aos prestadores conveniados (ainda que não haja uma relação contratual). Expressa-se, então, uma função de estruturar, organizar e monitorar a Rede de Urgência e Emergência (RUE), em razão da gestão do SAMU pelo Consórcio e da presença do seu coordenador como também coordenador da RUE.

O CISMEPA esteve envolvido no desenvolvimento de projeto de um hospital regional de alta complexidade (cuja gestão atual é da SES), planejado de modo a se inserir na rede para cobrir déficits de urologia, oftalmologia, neurologia, cirurgia bariátrica e desafogaria o Hospital São João Batista (Volta Redonda). O CISMEPA tinha também o projeto de colocar um Centro de Imagem no Hospital.

- *Financiamento da provisão de serviços*

Tem como base o contrato de rateio que considera o valor para cada município a partir de um cálculo que envolve a população e receita corrente líquida do município. A utilização do recurso se dá a partir do orçamento aprovado pelos prefeitos. O financiamento das ações do CISMEPA vem dos municípios, mas no caso do SAMU, é o Governo Federal. Atualmente 93% do recurso repassado pelos municípios para o Consórcio para a operacionalização do SAMU é originário do Ministério da Saúde e apenas 7% da receita municipal. O co-financiamento estadual para o SAMU regional apresentou descontinuidades no repasses previstos a partir de 2015 (25% do valor total de financiamento), sendo retomado em 2019. O recurso da Central de Regulação é todo recebido pelo município sede, Volta Redonda, que repassa para o CISMEPA. Os municípios arcam com a manutenção das bases descentralizadas do SAMU, sendo responsáveis integralmente pelo fornecimento de oxigênio e combustível das ambulâncias. Há ainda um contrato para financiamento dos custos administrativos do Consórcio, também calculados para cada município considerando a receita corrente líquida e a população. O CISMEPA também possui estratégias de captação de recursos junto à SES e aos parlamentares, visando à destinação de recursos de emendas.

- *Regulação da provisão e do acesso*

A Central de Regulação do SAMU é de gestão do CISMEPA e administrada por uma Organização Social no que refere à contratação dos profissionais, manutenção dos computadores (patrimoniados pelo CISMEPA), etc. O processo de pactuação da grade de referência do SAMU, principal instrumento para a regulação dos casos, foi coordenado pelo CISMEPA e construído com os representantes municipais, especialmente no Grupo Condutor

da RUE para posterior aprovação em CIR e em CIB. Além da regulação das urgências, o CISMEPA atua na regulação dos serviços prestados na região de forma indireta, através da participação do Coordenador no GT de Planejamento, que tem como pauta permanente a regulação. Foi um trabalho também do CISMEPA o apoio à implantação de núcleos internos de regulação dos hospitais

- *Formação e capacitação profissional*

São realizadas as capacitações de todos os profissionais que atuam no SAMU, seja nas bases descentralizadas ou na Central de Regulação. A OS é responsável por este trabalho de educação continuada e atualmente estão investindo muito na qualificação dos médicos reguladores. Existe um projeto de educação em saúde com produção de materiais explicativos sobre o SAMU e o programa “SAMUzinho na escola”. O CISMEPA realiza capacitações pontuais pautadas nas demandas discutidas na Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES) da região.

3.2.2.3 Expectativas para o futuro do consórcio

Momento de otimismo na relação com a SES, sinalizando participação do estado no consórcio e investimentos financeiros, bem como o retorno dos co-financiamentos estaduais. O retorno da gestão do hospital regional, bem como a criação de um fundo regional e edição de normativas sobre consórcios e regionalização, além da ampliação do escopo de atuação do CIS é associada à participação do estado como membro consorciado.

3.3 A Região de Saúde Metropolitana I e a Baixada Fluminense

3.3.1 O contexto da região

3.3.1.1 Características gerais

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do estado do Rio de Janeiro, revisado em 2013, a Região de Saúde Metropolitana I é composta por 12 municípios, incluindo a capital do estado, Rio de Janeiro, e os onze municípios da Baixada Fluminense: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica. Estes integram, também, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF).

A população regional é de 10.450.114 habitantes (ano 2018), que representa 61% da população do Estado do Rio de Janeiro, com forte concentração na capital onde habitam 6,6 milhões de pessoas. Na Baixada Fluminense, a população é de 3,7 milhões, ou 22% do total do estado, concentrada (72%) em quatro municípios de grande porte, com população superior a

500 mil habitantes: Duque de Caxias (914.383; 24%), Nova Iguaçu (818.875; 22%), Belford Roxo (508.614; 14%) e São João de Meriti (471.888; 13%). Outros 6 municípios têm população acima de 100 mil habitantes, variando de Japeri, com cerca de 130 mil hab., a Magé com 243 mil hab. Seropédica tem o menor porte, abaixo de 100 mil habitantes (86.743).

Essa região de saúde está inserida na concentração urbana do Rio de Janeiro, que possui característica macrocefálica, por envolver 21 municípios em sua área de influência e acumular elevada proporção de população e de atividades econômicas. Na capital e em alguns outros municípios como Niterói, Nova Iguaçu, Nilópolis, São Gonçalo e Maricá, o tecido urbano se expandiu ao longo do litoral e a partir das ferrovias (zona norte carioca e Baixada Fluminense), com presença de algumas áreas classificadas com boas condições de vida, entremeadas por outras com maior precariedade. O avanço da urbanização para o interior se caracteriza, em geral, pela piora nas condições de vida.

Destaca-se, ainda, o fato da região ter perdido relevância econômica, especialmente a capital, com saída de indústrias e instituições financeiras nas últimas décadas, o que resultou em reorganização do mercado de trabalho para o setor de serviços. É relevante, no entanto, o legado de capital federal do município do Rio de Janeiro, mantendo-se como sede de grandes empresas e instituições federais, como a Petrobrás e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

Observa-se relevante industrialização, com variações entre os municípios da região e diversidade das áreas de produção, incluindo desde o petróleo até a indústria do turismo. Na Baixada Fluminense, os municípios de Duque de Caxias, Belford Roxo e São João de Meriti abrigam indústrias do setor petroquímico, químico e plástico; Nova Iguaçu e São João de Meriti no setor de vestuário; e Duque de Caixas e São João de Meriti na área editorial, gráfica e de produção de papel. Em Itaguaí, a atividade industrial se destaca pela presença da Companhia Siderúrgica do Atlântico, além de o município abrigar o porto de Sepetiba.

Embora relevante, a participação da indústria no valor adicionado total é de 16,78% (dados de 2010). A maior participação é do setor de comércio e serviços, com 63,23%, seguido pela administração pública, cuja participação é de 19,94%. O setor agropecuário tem contribuição proporcional residual, totalizando 0,05%.

Os dados de saneamento básico, para o ano de 2015, indicavam predomínio da baixa cobertura de coleta de esgoto na região. Na maior parte dos municípios encontrava-se uma cobertura abaixo de 50%, exceto Nilópolis (99,8%) e Rio de Janeiro (83,1%). Queimados tinha o percentual mais baixo da região: 29,8%. Já o abastecimento adequado de água contemplava 88,1% dos municípios e 97,5% da população da região estava atendida por coleta regular de

lixo domiciliar. Já o percentual de pessoas residentes em domicílios com energia elétrica era de 99,94% em 2010.

Os indicadores de renda e pobreza, considerando o ano de 2010, apontavam para um cenário de heterogeneidade elevada, com renda média domiciliar per capita de R\$ 1.105,10 para a Metropolitana I, superior ao indicador encontrado para o estado do Rio de Janeiro (R\$ 993,21), variando de R\$ 386,60 em Japeri a 1.421,80 no Rio de Janeiro. Na Baixada Fluminense, Nilópolis tem a maior renda média domiciliar per capita (R\$ 716,24).

A proporção de pessoas com renda inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo é de 25,34% na Região, elevando-se para 33,62% ao se considerar os municípios da Baixada Fluminense. Em Japeri, esse indicador de pobreza alcança 44,61%. Apenas Nilópolis e São João de Meriti tem proporções inferiores a 30% (23,22% e 29,44%, respectivamente).

O Índice de Gini da renda domiciliar per capita (dados de 2010) também demonstra a alta variabilidade entre os municípios. O menor valor do índice é encontrado em Japeri (0,4578) e o maior na capital, Rio de Janeiro (0,6391), quase 40% superior ao valor de Japeri. Considerando a Baixada Fluminense, Nova Iguaçu tem o maior valor do índice de Gini (0,5141), 12% maior do que o de Japeri e 19% menor do que o índice para o Rio de Janeiro.

Considerando o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM, dados de 2010), observa-se cenário semelhante ao Gini, embora menos heterogêneo, com o Rio de Janeiro apresentando o maior valor para a região (0,8; IDHM muito alto) e Japeri com o menor (0,66; considerado médio; 17,5% menor do que o do Rio de Janeiro). Levando em conta os municípios da Baixada Fluminense, o maior IDHM é encontrado para Nilópolis (0,75; alto; 6,25% menor do que o valor para a capital).

Na região de saúde Metropolitana I, a taxa de desemprego calculada para 2010 atingiu 8,24%, com a capital apresentando o menor valor para a região: 7,71%. Tanto a taxa regional quanto a da capital são inferiores ao valor apurado para o estado do Rio de Janeiro (8,28%). O indicador de desemprego se eleva na Baixada Fluminense, que alcançava 10,44%, com três municípios apresentando valores superiores a 11% (Itaguaí, Magé e Queimados).

A taxa de mortalidade geral registrou, em 2018, 8,3 óbitos por mil habitantes na Região, ligeiramente superior à encontrada para o estado (8,2 óbitos por mil habitantes). Japeri apresentou a menor taxa de mortalidade geral (6,8) e a maior foi encontrada em Seropédica (9,1). No município do Rio de Janeiro, a taxa de mortalidade geral para 2018 foi 8,6.

A taxa de mortalidade por causas externas era de 80,7 óbitos por 100 mil habitantes na Metropolitana I (abaixo dos 85,3 óbitos por 100 mil encontrados para o Estado do Rio Janeiro), elevando-se para 87,5 na Baixada Fluminense (superior à taxa estadual). Mesmo

comportamento é encontrado para a mortalidade infantil (13 óbitos por mil nascidos vivos na Metro I e 15,1 na Baixada Fluminense; superiores à taxa estadual de 12,7); e para a mortalidade materna (66 óbitos por 100 mil nascidos vivos na Metro I e 78,3 na Baixada Fluminense; elevadas em relação à taxa para o estado – 59,9).

Proporcionalmente, a Metropolitana I respondeu por aproximadamente 62% dos óbitos ocorridos no estado do Rio de Janeiro, com a capital respondendo por quase 41% do total de mortes do estado. Considerando os principais grupos de causas, na região, 29,57% dos óbitos tiveram como causa as doenças do aparelho circulatório, seguidos pelas neoplasias malignas (17,34%) e as doenças transmissíveis (14,73%). As causas externas responderam por 10,52% das mortes de residentes da região. Excetuando a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares, a Metropolitana I apresenta taxas de mortalidade específicas (óbitos por 100mil hab.) com valores superiores aos encontrados para o estado, considerando as doenças transmissíveis (113,2), infecções respiratórias agudas (61,6), neoplasias malignas (133,4), doenças do aparelho circulatório (227,4) e doenças crônicas não transmissíveis (438,2).

Em relação aos aspectos políticos, predominam na Região prefeitos filiados ao partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB) (4 municípios). Todos os prefeitos foram eleitos em coligações partidárias quantitativamente diversas, com variações nos arranjos eleitorais de 3 partidos, caso do município do Rio de Janeiro, a 22 em Queimados, considerando os mandatos iniciados em 2017. A maioria dos prefeitos tem origem no próprio município de exercício do mandato ou em município que pertence à Metropolitana I, com predomínio do nível superior de escolaridade, ainda que com variadas ocupações/profissões. Em geral, os prefeitos da Metropolitana I tem trajetórias marcadas pelo exercício prévio de mandatos legislativos nos níveis federal (Câmara e Senado), estadual e municipal ou de cargos no Poder Executivo local.

Cabe destacar que, na Baixada Fluminense, em Mesquita e São João de Meriti, os atuais prefeitos já exerceram o cargo de secretário de saúde. Nesse último, o prefeito é médico e ocupa o cargo de presidente do CISBAF desde abril de 2017.

No que se refere aos cursos e vagas de medicina na região, três municípios, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Rio de Janeiro, ofertam anualmente 1.464 vagas (48% do total de vagas existentes no Estado do Rio de Janeiro), sendo 298 nos dois municípios que integram a Baixada Fluminense, em cursos médicos de instituições privadas. A capital concentra a maior parte das vagas (1.166; 77% das vagas da Região) com cursos em 6 instituições, três públicas (464 vagas) e três privadas (712 vagas).

Diferentes estruturas de planejamento e gestão regional estão presentes na Metropolitana I, concentradas em Nova Iguaçu. É o caso da Comissão Intergestores Regional

(CIR) e sua Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES). O município também sedia o Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde Metro I, ligado à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), além do CISBAF. Na capital, localiza-se a Central Regional de Regulação, denominada REUNI-RJ, instância também vinculada à SES.

3.3.1.2 Características da rede de atenção à saúde

- *Cobertura de Atenção Primária*

A região da Baixada Fluminense tem 39% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O município de Seropédica apresenta o maior percentual, no período, de 91%, seguido de Nilópolis, com 65% de cobertura. As menores coberturas foram observadas nos municípios de Queimados (21,5%) e Duque de Caxias, com apenas 27,5% de cobertura da ESF. Considerando a cidade do Rio de Janeiro, a cobertura da Região Metropolitana I sobe para 54%, dado que o município apresentava cobertura de 62%, em dezembro de 2017. A cobertura total da Atenção Primária em Saúde (APS) na Baixada Fluminense é de 51%, e 64% no total da Região Metropolitana I, puxada pelo município do Rio de Janeiro, que apresenta cobertura de 71% na APS. Na cobertura na saúde bucal, verificam-se 13% na ESF e 30% no total da atenção primária. A cobertura de Agentes Comunitários de Saúde da região é de 48. A assistência na Atenção Primária em Saúde é pública, com 93% realizada por estabelecimentos públicos municipais

- *A Assistência de média e alta complexidade*

Grande parte da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar está concentrada nos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu, que juntos são responsáveis por 58% da assistência hospitalar e 50% da ambulatorial. Em seguida, destacam-se os municípios de Mesquita e São João do Meriti, que produzem 24% da assistência hospitalar e 20% da ambulatorial. Todos os outros municípios produzem juntos menos de 10% dos atendimentos hospitalares e ambulatoriais.

Nos atendimentos ambulatoriais de média complexidade, destacam-se Duque de Caxias, Nova Iguaçu e São João do Meriti, responsáveis por 57% da assistência. Na alta complexidade ambulatorial, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Belford Roxo e São João de Meriti respondem, juntos, por 77% dos atendimentos. Em relação ao total da Região Metropolitana I, o destaque se volta para o Rio de Janeiro, responsável por 53% da média complexidade, 90% da alta complexidade, e 71% da alta complexidade, sem o grupo dos medicamentos.

Na assistência hospitalar, os municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Mesquita concentram 67% dos atendimentos da Baixa Fluminense. Nas internações de alta

complexidade, a grande maioria da assistência está concentrada nos municípios de Duque de Caxias (63%) e Nova Iguaçu (34%). Os municípios de Belford Roxo e Nilópolis também apresentaram produção no período analisado e respondem pelos 3% restantes da assistência de alta complexidade hospitalar da região.

- *Perfis dos prestadores públicos e privados da assistência de média e alta complexidade (MAC)*

A assistência ambulatorial de média complexidade é predominantemente pública, com 57% da produção física e financeira realizada por estabelecimentos públicos municipais e 11% por prestadores públicos estaduais (9% do valor financeiro). Os prestadores privados foram responsáveis por 32% da assistência, em sua maioria estabelecimentos privados sem fins lucrativos. No atendimento da alta complexidade ambulatorial, há predominância de estabelecimentos privados na assistência. Cerca de 79% dos atendimentos e 89% do valor financeiro foram produzidos por estabelecimento privados com fins lucrativos.

A assistência hospitalar, de média complexidade, da região da Baixada Fluminense é predominantemente pública, com 64% da produção realizada em estabelecimentos públicos municipais (56% do valor financeiro), e 23% nos públicos estaduais, que representam 32% do valor produzido na região. Os 13% restantes ficam a cargo dos estabelecimentos privados, em sua maioria com fins lucrativos. Os atendimentos hospitalares de alta complexidade foram realizados em estabelecimentos predominantemente privados com fins lucrativos, que representam 61% dos atendimentos e 88% do valor financeiro da região da Baixada Fluminense. Cerca de 34% dos atendimentos foram produzidos por estabelecimentos públicos municipais, mas provavelmente produziram procedimentos menos complexos, pois representam apenas 9% do valor financeiro produzido na região. O restante esteve restrito aos estabelecimentos públicos estaduais, que representam 5% da produção e 2% do valor financeiro hospitalar de alta complexidade.

- *Fluxos assistenciais*

Nas internações de média complexidade, realizadas na região da Baixada Fluminense, 96% foram realizadas exclusivamente para moradores da região. Dentro da região, destacam-se os municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Belford Roxo, São João de Meriti e Nilópolis, que realizaram internações de média complexidade para a maioria dos municípios da região. No entanto, grande parte dos atendimentos foi realizado para seus próprios moradores, assim como ocorrido nos demais municípios da região (Tabela 5).

Os municípios que mais receberam pacientes de outros municípios (dentro e fora da região) foram Mesquita (87%), que abriga o Complexo Regional de Mesquita, sob gestão estadual; Nilópolis (76%); Queimados (56%); e São João de Meriti (48%).

Os fluxos dominantes de entrada da região da Baixada Fluminense ocorreram dos (e entre os) municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu e São João de Meriti para Belford Roxo. Observam-se também fluxos importantes dos municípios de Queimados, Mesquita, Nilópolis e Seropédica para o Nova Iguaçu; bem como fluxos dominantes do município de Magé para Duque de Caxias, e do município de Itaguaí para Seropédica (Figura 12).

Percentual considerável de internações de média complexidade dos residentes na Baixada Fluminense foi realizado fora da região (28%), sendo o destino mais procurado o município do Rio de Janeiro (25%). Também se observam atendimentos em mais 14 municípios de outras regiões, com destaque para Paracambi, Petrópolis, Guapimirim e Paraíba do Sul (Figura 13). Os municípios mais dependentes (dentro e fora da região) foram Japeri (100%), Nilópolis (84%), Queimados (75%) e Belford Roxo, que realizou 74% das internações de média complexidade fora de seu território. Duque de Caxias e Itaguaí foram os menos dependentes de outros municípios, no período analisado, apresentando respectivamente 27% e 37% de dependência. O município do Rio de Janeiro recebe um grande número de pacientes de todos os municípios da região da Baixada Fluminense e tem muita importância no atendimento dos municípios de Nilópolis, Mesquita, São João de Meriti e Seropédica, com mais de 30% dos atendimentos. (Tabela 6)

Grande parte do fluxo dominante dos municípios da Baixada Fluminense remete ao município do Rio de Janeiro. Todos os municípios encaminham pacientes para este destino, mas para alguns, o Rio de Janeiro é determinante no atendimento de seus munícipes. O município de Nilópolis encaminhou 52% e Mesquita 41% dos atendimentos de média complexidade hospitalar para esta localidade. São João de Meriti, Seropédica e Itaguaí, realizaram respectivamente 38%, 32% e 29% dos atendimentos de seus moradores no município do Rio de Janeiro. O restante dos municípios da região da Baixada Fluminense enviou ao Rio de Janeiro entre 16% e 26% do total dos atendimentos dos residentes (Figura 14).

As internações de alta complexidade são realizadas em 4 municípios da Baixada Fluminense. Duque de Caixas foi responsável por 63% dos atendimentos dentro da região; uma pequena parte dos atendimentos foi realizada nos municípios de Belford Roxo (2%) e Nilópolis (1%).

Uma parte considerável dos atendimentos de alta complexidade (88%), ocorridos na Baixada Fluminense, foi realizada para seus próprios municípios e os 12% restantes, para moradores de outras regiões (Figura 15). O maior fluxo dominante da região diz respeito aos encaminhamentos de pacientes do município de São João de Meriti para Duque de Caxias, que também recebe muitos pacientes de Belford Roxo, Nova Iguaçu e do município do Rio de Janeiro. Também se observa fluxo dominante entre Nilópolis e os municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu (Figura 16).

Apesar da região da Baixada Fluminense realizar muitos atendimentos de alta complexidade hospitalar, observa-se uma baixa cobertura aos residentes na região, pois 83% das internações, destinadas a seus moradores, foram realizadas fora da região. A maioria destas internações foi realizada no município do Rio de Janeiro (75%) (Figura 17).

O município de Duque de Caxias foi caracterizado como menos dependente dentre os municípios da Baixada Fluminense. No entanto, ainda depende em 79% de outros municípios para o atendimento das internações de alta complexidade de seus residentes. Nova Iguaçu apresentou 80% de dependência de outros municípios e Belford Roxo, uma dependência de 97%. Os municípios de Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Queimados, São João de Meriti, Seropédica e Nilópolis, são 100% dependentes de outros municípios, nas internações de alta complexidade. O grande destino de todos os pacientes é o município do Rio de Janeiro, seguido de Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Vassouras. (Tabela 7)

A maior parte dos fluxos dominantes de saída dos municípios da Baixada Fluminense foi destinada ao município do Rio de Janeiro, com maior frequência dos municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Belford Roxo e São João de Meriti. Também foi observado um fluxo dominante entre o município de Magé e o município de Duque de Caxias (Figura 18).

Na Baixada Fluminense, 93% dos atendimentos de alta complexidade ambulatorial ocorridos no seu território foram realizados para moradores da região. Nos fluxos dominantes de entrada da assistência ambulatorial de alta complexidade, observa-se grande fluxo de pacientes de Nova Iguaçu para o município de Queimados; e do município de Belford Roxo para o município de Nova Iguaçu. Observa-se, ainda, fluxo considerável de procedimentos realizados em São João de Meriti para moradores de Duque de Caxias e Rio de Janeiro. Outros fluxos dominantes de entrada na região da Baixada Fluminense dizem respeito a fluxo de pacientes do município de Guapimirim para o município de Magé; de Paracambi para Japeri; Rio de Janeiro para Duque de Caxias; e Nilópolis para Mesquita (Figuras 19 e 20).

Grande percentual dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial dos residentes na Baixada Fluminense foi realizado na própria região (78%). O município do Rio de Janeiro é

o maior destino dos atendimentos, fora da Baixada Fluminense, responsável por 21% destes. O município de Seropédica foi o que menos produziu procedimentos de alta complexidade ambulatorial em seu território, dependendo praticamente em 100% de outros municípios no atendimento a seus moradores. O município de Itaguaí também se enquadra entre os mais dependentes, com 89% dos atendimentos realizados fora do município, seguido de Mesquita (81%) e Nilópolis (64%) (Figura 21).

Observa-se um grande fluxo de pacientes de todos os municípios da região, para o município do Rio de Janeiro. A grande concentração destes fluxos para o Rio de Janeiro é dos municípios de Duque de Caxias, São João de Meriti e Nova Iguaçu (Figura 22).

3.3.2 O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense na região

3.3.2.1 Aspectos político institucionais

- *Perfil dos dirigentes*

Presidente, Secretaria Executiva e Diretora Técnica são médicos com trajetórias na gestão da saúde, ocupando cargos em secretarias de saúde da Baixada Fluminense e na SES-RJ. O presidente do CISBAF é o prefeito do município de São João de Meriti (mandato 2017-2020)

- *Origem, trajetória e funções desempenhadas pelo CIS na região*

O CISBAF foi criado em fevereiro de 2000, com discussões para a implantação em 1999, apoiadas por parlamentares e da Associação de Secretários Municipais de Saúde da Baixada Fluminense. Teve como principal fator motivador a inoperância do Hospital da Posse, de perfil regional, em Nova Iguaçu e a necessidade de retomar os atendimentos na unidade. A necessidade de aumento da oferta de leitos e de serviços de saúde nesta região com grande densidade demográfica também se fez presente no contexto de criação do CIS, reunindo os gestores municipais da Baixada e os conselhos municipais de saúde, com o objetivo de pleitear mudanças junto à SES e ao município do Rio de Janeiro.

A ideia era criar “uma câmara de compensação” para resolver esta questão, apostando em fundo regional através do CISBAF. Além do aumento de leitos, a adequação de unidades de saúde e expansão e fortalecimento da Atenção Básica compuseram o plano diretor do Consórcio criado. O plano respaldou a elaboração de projetos e a captação de recursos financeiros.

Logo que foi criado, o CISBAF implantou um projeto de regulação de leitos de obstetrícia, com o objetivo de garantir acesso de gestantes às maternidades, desde a segunda

consulta de pré-natal. A iniciativa ocorreu até 2007. Também, houve projetos para investimento na estrutura de unidades e na formação de recursos humanos

- *Organização e dinâmica de funcionamento*

O CISBAF foi criado como uma entidade de direito privado sem fins lucrativos. A partir de 2008, passa a constituir-se como associação pública, com natureza autárquica e personalidade jurídica de direito público, em razão da lei de 2005, regulamentada pelo decreto de 2007. Assim, se transforma em uma autarquia interfederativa, forma administrativa que faz com que os municípios possam compartilhar a gestão de serviços.

Quando foi implantado, o CISBAF era composto por três instâncias: Comitê Gestor de Prefeitos; Comitê Técnico de Secretários Municipais de Saúde; Equipe Administrativa. Atualmente, está estruturado em 5 instâncias: Assembleia Geral: constituída pelo Conselho de Municípios, órgão deliberativo, formado pelos Prefeitos dos municípios consorciados ou por seus representantes designados; Assembleia de Gestores: constituída pelo Conselho Técnico, órgão de assessoramento técnico, formado pelos Secretários Municipais de Saúde dos municípios consorciados; Conselho Fiscal; Comitê Consultivo; Secretaria Executiva, formada pela Diretoria Técnica e pela Diretoria Administrativa e Financeira.

Na estrutura da Secretaria Executiva, há a Diretoria Técnica que responde por todas as questões técnicas e em sua estrutura está a Assessoria Técnica e também o Núcleo de Educação Permanente (NEP). Essa assessoria é responsável pela Central de Regulação do SAMU. Ligado ao NEP, existe um observatório que produz relatórios e análises sobre o SAMU, inclusive análise de desempenho dos profissionais (do SAMU e de outros programas do CISBAF), além de estudos e levantamentos para projetos, conforme a demanda.

O Consórcio cresceu do ponto de vista administrativo quando se transformou em autarquia, pela necessidade de ter setores típicos da administração municipal, como controladoria, setor jurídico, coordenação de recursos humanos. De todo modo, permeia a preocupação de que essa operacionalidade não onere expressivamente os municípios.

Inicialmente, em virtude da carência e das necessidades da Baixada Fluminense, o CISBAF atuou em algumas frentes, como a realização de obras em unidades e compra de equipamentos. A atuação na média complexidade começou a se dar recentemente através da implantação do Marque Fácil, sistema de agendamento de consultas de especialidades, procedimentos e exames.

Importante função desempenhada pelo CISBAF atualmente é a gestão da Central de Regulação do SAMU para a Baixada Fluminense, sendo responsável por toda qualificação técnica, processo de trabalho e contratação direta de pessoal. Atualmente há projeto específico

com o município de Queimados, onde realizam contratação de pessoal e capacitação para a base do SAMU e projeto com o município de São João de Meriti, onde são responsáveis pela gestão da UPA. Mais recentemente, está em desenvolvimento um projeto para gestão de serviços em Belford Roxo. Destaca-se, ainda, a expectativa em iniciar atuação na regulação de leitos, projeto em discussão com a SES-RJ.

O CISBAF também atua como instância na qual ocorrem as discussões sobre projetos municipais e articulações regionais, inclusive de fluxos de referência de serviços. Essa ação é relevante ao fortalecer pleitos de uma região com população numerosa. O consórcio tem, ainda, papel de mediação quando há tensionamento entre os municípios; é, ainda, um espaço de relevância para negociações dos gestores municipais com a SES.

- *Relações com outras organizações e espaços decisórios*

Relação frágil com a CIR Metropolitana I, sobrepondo-se a ela com espaço de decisão dos gestores municipais da saúde. Como a CIR Metro I inclui a capital, o CISBAF se torna uma instância de maior importância e reconhecimento pela Baixada Fluminense. Essa diferença de composição da CIR e do CISBAF é vista como um fator complicador nas relações. Pesa também o fato de o consórcio já existir como instância regional antes do CGR, atual CIR. No caso da SES, existe resistência dos dois lados (SES e CISBAF) e disputa constante pelas decisões políticas e direcionamentos da região. Nesta disputa, o Consórcio, que reúne Secretários e Prefeitos, acaba predominando.

Existe um desejo do CISBAF que o estado participe do Consórcio, como ocorre em estados do Nordeste e, posteriormente, que o Ministério da Saúde possa participar também. Espera-se que participando do Consórcio o estado possa também entender melhor seu funcionamento como instrumento de gestão. Existe um mal-estar entre a SES e o CISBAF (relação de desconfiança) que, para além das disputas para coordenação da política regional, está relacionado à capacidade instalada estadual na Baixada Fluminense e às dificuldades de articulação de rede com estas unidades.

A relação com o Tribunal de Contas do Estado (TCE) é apresentada como um desafio. Inicialmente o TCE “ignorava” o CISBAF, que acabava trabalhando com decisões do Tribunal de Contas do Paraná e de Minas Gerais em questões como as da contabilidade do Consórcio, que ainda é algo novo e gera dúvidas sobre o que é ou não permitido. Em 2018 o CISBAF foi chamado no TCE para uma capacitação, na qual também estavam representantes de um Consórcio de resíduos que já tem a participação do estado⁵⁰. Esta foi uma oportunidade também para o TCE reconhecer que ainda precisa avançar para apoiar e dar direcionamentos para os consórcios do estado do Rio de Janeiro. Em 2019 o TCE ofereceu uma série de

capacitações relacionadas a consórcios o que tem sido um ganho em reconhecimento do CISBAF e tem melhorado a relação com TCE.

Já com o Ministério Público é relatada uma relação bastante próxima, com algumas dificuldades, mas também uma boa parceria. Considera que o Ministério Público tem um papel importante para que os municípios encaminhem os processos corretamente (BF1). Também relata boa relação com a promotoria, especialmente de Duque de Caxias e Nova Iguaçu. Estes órgãos costumam participar de algumas reuniões, como por exemplo a de discussão da grade de referência para o SAMU.

Pouca relação do COSEMS-RJ com a Baixada Fluminense, embora reconheça a importância do COSEMS, já que as pactuações da CIB sempre são apreciadas em uma reunião prévia com o COSEMS.

3.3.2.2 Funções de gestão na organização da rede de serviços

- *Prestação de ações e serviços assistenciais*

O SAMU é o principal serviço prestado pelo CISBAF, que esteve envolvido desde sua formatação e implantação na região. A Central de Regulação do SAMU está sob a gestão do CISBAF e as bases descentralizadas diretamente com cada município. A frota atual é de 47 viaturas distribuídas pelos municípios e todos os chamados para 192 da Baixada Fluminense caem na Central de Regulação localizada no CIS.

O CISBAF realiza ações desde o monitoramento e controle das ações por câmera e gravação das ocorrências até o apoio aos municípios em diversas questões com vistas a qualificar o trabalho do SAMU como um todo. Outra ação do CISBAF é abrir ata de registro de preço para manutenção das ambulâncias, o que gera um melhor preço e dá celeridade a este processo para o município. O mesmo se dá para compra de uniformes, seguro das ambulâncias, etc. Os profissionais que atuam na Central de Regulação podem ser contratados diretamente pelo CISBAF ou cedidos pelos municípios como forma de arcar com sua parcela de financiamento. Para a contratação direta é realizado processo seletivo simplificado.

Outra ação do CISBAF compreende a iniciativa ‘Marque Fácil’, que entrou em funcionamento em meados de 2018. Trata-se de um sistema de agendamento de consultas de especialidades, procedimentos e exames no qual se oferece o prestador, selecionado mediante chamamento público, e o município realiza o pagamento do que foi utilizado. No momento em que foi realizado o campo da pesquisa havia 3 municípios com adesão ao Programa, São João de Meriti, Nilópolis e Mesquita. É considerada uma importante função do CISBAF pois

viabiliza serviços que tinham dificuldades de contratar e que oneravam muito o município, especialmente para os exames.

O CISBAF realiza capacitação para o uso do sistema Marque Fácil, tanto para os profissionais do município como para os prestadores. Após a implantação a equipe do CISBAF trabalha com um *help desk*, uma equipe disponível para atender municípios e prestadores quanto a dúvidas e problemas para a utilização do sistema.

O CISBAF faz a gestão da UPA de São João de Meriti, o que inclui processo seletivo, contratação e qualificação de pessoal. A gestão financeira da unidade, no que se refere à estrutura, equipamentos, insumos, medicamentos, manutenção e outros serviços é de responsabilidade da Secretaria de Saúde

- *Financiamento da provisão de serviços*

As ações do CISBAF são financiadas principalmente por meio do contrato de rateio, individualmente. Cada prefeito assina de acordo com os projetos que terá com o Consórcio. O contrato de rateio serve para as despesas administrativas do Consórcio e é fixo com base em critério populacional. As ações desenvolvidas pelo Consórcio entram em contratos de programas, que variam conforme a adesão de cada município, o SAMU, por exemplo, tem adesão de todos os municípios, mas existem programas específicos como a UPA de São João de Meriti, financiada unicamente por este município. O financiamento do SAMU é feito através de repasse do Ministério da Saúde de 50%, 25% para o município e 25% para o estado. No caso da Central de Regulação, o repasse do Ministério da Saúde (e do estado) é realizado para o município sede (Nova Iguaçu), que repassa para o CISBAF, visto que não há um fundo regional para receber esse recurso. Vários convênios foram celebrados entre o CISBAF e o Ministério da Saúde para fins de financiamento de projetos específicos. Há discussões para a viabilização de emendas parlamentares, com foco regional, destinadas ao CISBAF. Atualmente, as emendas são negociadas por cada município.

- *Regulação da provisão e do acesso*

Atualmente o CISBAF opera a regulação apenas do SAMU, não atuando na regulação dos serviços em geral e de leitos de retaguarda e sem relação direta com a Central Estadual de Regulação. Não há um consenso sobre essa ser uma função adequada para o consórcio, embora esteja prevista no protocolo de intenções. Está incluída na grade de referência do SAMU a regulação de Vaga Zero, necessária quando o paciente é recebido em um pré-hospitalar, mas precisa ser transferido com urgência para um hospital de referência. Entretanto, essa regulação é impactada pela situação deficitária de leitos na região. No Programa Marque Fácil, se optou

por não realizar regulação, limitando-se ao papel de facilitar o acesso do município ao prestador, mas sem interferir nos critérios que irá utilizar para fazer as marcações.

- *Formação e capacitação profissional*

O CISBAF possui atualmente um Núcleo de Educação Permanente (NEP) criado após a implantação do Telesaúde, em 2011. O Telesaúde foi criado com recurso regional que foi alocado Japeri, pois o CISBAF não poderia receber o repasse diretamente. Os municípios compraram equipamentos e o núcleo foi montado pelo CISBAF. O NEP atua em duas frentes: uma voltada para a educação permanente dos profissionais contratados diretamente pelo CISBAF; e outra para profissionais da rede de saúde da Baixada Fluminense em geral. NEP tem tido um importante papel para a região, pois organizam todas as qualificações necessárias, já com conteúdo e metodologia e tem ótimos profissionais para realizar as capacitações. Existe uma cooperação técnica do CISBAF com a FIOCRUZ e com o Consórcio de hospitais da Catalunha (Espanha)

3.3.2.3 Expectativas de futuro para o Consórcio

Expectativas positivas para o Consórcio especialmente em relação ao início da contratualização de leitos privados. Esta proposta conta com o estado como parceiro para a reabertura de clínicas privadas que hoje estão fechadas na Baixada. A entrada do Consórcio cria a possibilidade dos serviços se tornarem efetivamente regionais. A ampliação do Marque Fácil com a adesão de mais municípios para a compra de consultas e exames de média complexidade é também uma expectativa do Consórcio. A aproximação da Secretaria de Estado é vista com expectativa muito positiva para o desenvolvimento do Consórcio, acreditando-se que há um novo olhar para a Baixada Fluminense e a possibilidade de investimento no Consórcio.

4. BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

Abrucio FL, Filippim ES, Dieguez RC. Inovação na cooperação intermunicipal no Brasil: a experiência da Federação Catarinense de Municípios (Fecam) na construção de consórcios públicos. *Rev. Adm. Pública* 2013; 47(6): 1543-1568.

Abrucio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol. Polit* 2005; 24: 41-67

Albuquerque MV *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22(4): 1055-1064.

Almeida APS, Lima LD. O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo. *Saúde Debate* 2015; 39 (suppl):51-63.

Almeida C. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4 (2): 263-86.

Araújo TB. Tendências do desenvolvimento regional recente no Brasil. In: Brandão CA, Siqueira H (Org.). Pacto federativo, integração nacional e desenvolvimento regional. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2013. p.39-51.

Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. Cad. Saúde Pública 2018; 34(7): e00067218.

Barbazza E, Telo JE. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. Health Policy 2014; 116:1-11.

Botti CS *et al.* Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Teles Pires: uma estratégia de regionalização da saúde em Mato Grosso. In: Scatena JHG, Kehrig RT, Spinelli MAS (Orgs.). Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. São Paulo, Hucitec, 2014. p.265-287.

Bousquat A *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. Ciênc. Saúde Coletiva 2017; 22(4): 1141-1154.

Brandão CA. Território e desenvolvimento: as múltiplas escalas entre o local e o global. Campinas: Editora da UNICAMP; 2007.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Atlas, 1988.

Brasil. Decreto n. 6.017 de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm>.

Brasil. Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 29 jun.

Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Coordenação federativa: a formação de consórcios públicos no Brasil. In: Brasil em Desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: IPEA, 2010.

Brasil. Lei 11.107 de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm>.

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

Caldas EL, Cherubine MB. Condições de Sustentabilidade dos consórcios intermunicipais. In: Cherubine M, Trevas V (Org.). Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro. São Paulo : Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p.55-70.

Carneiro PS *et al.* A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. Saúde e Debate 2014; 38(100): 57-68.

Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. Ciênc Saúde Coletiva 2017; 22(4): 1155-1164.

Cicccone DK, Vian T, Maurer L, Bradley EH. Linking governance mechanisms to health outcomes: a review of the literature in low- and middle-income countries. Soc Sci Med 2014; 117:86-95.

Cruz VLV. Dinâmica Socioeconômica e Territorial no Estado do Rio de Janeiro Contemporâneo. In: Gerschman S, Santos AMSP. Saúde e Políticas Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. p 23-62.

Cunha RE. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. *Revista do Serviço Público* 2004; 3: 5-36. 2004.

Defarges PM. *La Gouvernance*. Paris: PUF; 2008.

Dieguez RC. Consórcios intermunicipais em foco: Debate conceitual e construção de quadro metodológico para análise política e institucional. *Cadernos do Desenvolvimento* 2011; 6(9): 291-319.

Fleury S. The Welfare State in Latin America: reform, innovation and fatigue. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33 (suppl.2): e00058116.

Flexa RGC. Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Rio de Janeiro: um estudo comparativo sobre como as estruturas de Governança afetam seus desempenhos. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas, do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, CEFET/RJ. 2018.

Fonseca F. Consórcios Públicos: possibilidades e desafios. Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro. In: Cherubine M, Trevas V (Org). Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

Galindo JM. *et al.* Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. *Revista de Administração Pública* 2014; 48(6): 1545–66.

Gerigk W, Pessali HF. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. *Rev. Adm. Pública* 2014, 48(6):1525-1543.

Gerschman S. Formulação e implementação de políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro. In: UGÁ, M. A. de. *et al.* (Org.). A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 69-88.

Giovanella L, Stegmuller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(11): 2263-2281.

Goya N *et al.*. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. *Saúde e Sociedade* 2016; 25(4): 902-919.

Goya N. Regionalização e reforma do setor saúde: o trânsito de institucionalidades pelos Consórcios Públicos de Saúde e Organização Social de Saúde. In: Regionalização da saúde: cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão em saúde. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2017.

Grau NC. O que tem acontecido com o público nos últimos trinta anos? In: Menicucci T, Gontijo JGL. (Org.). Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 325-355.

Greer SL *et al.*. A reorganisation you can see from space: the architecture of power in the new NHS. London: Centre for Health and Public Organization; 2014.

Ham C, Hill M. The policy process in the modern capitalist State. Hertfordshire: Haverster Wheatsheaf; 1993.

Heloisa G, Andrade SR, Mello ALSF. Rede regionalizada de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil, entre 2011 e 2015: sistema de governança e a atenção à saúde bucal. *Cad Saúde Pública* 2017; 33(9): e00133516.

Hester, J. *Interpreted String Literals*, <https://cran.r-project.org/web/packages=glue>, r package version 1.2.0, 2017.

Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 Suppl: 35-45.

Hufty M. Gobernanza en salud pública: hacia un Marco Analítico. *Rev Salud Pública* 2010; 12 Suppl:39-61.

Jakubowski E, Saltman RB, editor. *The changing national role in health system governance. A case-based study of 11 European countries and Australia*. Brussels: The European Observatory on Health Systems and Policies/WHO; 2013.

Julião KS. *Cooperação intergovernamental na saúde: os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual*. Dissertação (Mestrado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2018.

Kazepov Y (Ed.). *Rescaling Social Policies: Towards Multilevel Governance in Europe*. Burlington: Ashgate; 2010.

Kehrig RT, Souza ES, Scatena JHG. Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. *Saúde e Debate* 2015; 39(107):948-961.

Kuschinir R, Chorny, AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde Coletiva* 2010; 15(5): 2307-2316.

Laczynski P, Abrucio FL. Desigualdade e cooperação federativa: um novo olhar para a discussão dos consórcios. In: Cherubine M, Trevas V (Orgs.). *Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro*, São Paulo : Editora Fundação Perseu Abramo, 2013.

Lessa C. *O Rio de todos os Brasis*. Rio de Janeiro: Record; 2000.

Levi-Faur D. (Ed.). *The Oxford handbook of governance*. Oxford: Oxford University Press; 2012.

Lima LD *et al.* Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant* 2017; 17(supl 1): S107-S119.

Lima LD, Machado CV, Gerasse CD. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: Mattos RA, Baptista TWF. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. [s.l: s.n.]. p. 111–137.

Lima LD, Viana ALd`Á, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL *et al.*. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 Nov.

Lima LD, Viana ALd`Á, Machado CV. A regionalização no Brasil: condicionantes e desafios. In: Scatena JHG, Kehrig RT, Spinelli MAS. *Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec, 2014. p.21-46.

Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33 (suppl.2): e00129616.

- Marques EC. Notas críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais BIB*, n. 43, 1997.
- Marques, EC. Governo, atores políticos e governança em políticas urbanas no Brasil e em São Paulo: conceitos para uma agenda de pesquisa futura. In: Menicucci T, Gontijo, JGL, org. *Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2016. p. 71-99.
- Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana ALD. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva* 2018; 22 (4): 1291-1310..
- Mendes, EV. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Divulgação em Saúde para Debate* 2014; 52:38-49.
- Menicucci TMC. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(10): 2207-2217.
- Nuti S, Vola F, Bonini A, Vainieri M. Making governance work in the health care sector: evidence from a “natural experiment” in Italy. *Health Economics, Policy, and Law* 2016; 11(1):17-38.
- Oliveira C, Ganzeli P. Relações intergovernamentais na educação: fundos, convênios, consórcios públicos e arranjos de desenvolvimento da educação *Educ. Soc.* 2013; 34(125):1031-1047.
- Parada RA. Construção do Sistema de Saúde Estadual: antecedentes e formas de inserção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-104, Jun. 2001.
- Pedreira RS. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil: contexto, panorama e regulamentação recente. Monografia de Conclusão de Pós Graduação em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, 2007.
- Pereira AMM, Lima LD, Machado CV. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 23(7):2239-2251.
- Pierson P. *Politics in Time: History, Institutions and Social Analysis*. Princeton University Press; 2004.
- Pyone T., Smith H., Broek N; Frameworks to assess health systems governance: a systematic review, *Health Policy and Planning* 2017 Jun 1; 32(5):710–722.
- Ramesh M, Wu X, He AJ. Health governance and healthcare reforms in China. *Health Policy and Planning* 2014; 29 (6): 663–672.
- Ré E, Oliveira VE. Cooperação Intergovernamental na Política de Mobilidade Urbana: o caso do Consórcio Intermunicipal do ABC. *Revista Brasileira de Gestão Urbana* 2018; 10(1): 111-123.
- Repullo JR, Freire JM. Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*. 2016; 30(1):3-8.
- Rhodes RAW. The new governance: governing without government. *Political Studies*. 1996; XLIV: 652-67.
- Ribeiro PT *et al.*. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. *Ciência & Saúde coletiva* 2017; 22(4) 1074-1084.

Ribeiro WA, Losadas PR. Consórcios Públicos: dilemas jurídicos ou políticos? In: Cherubine M, Trevas V (Orgs.). Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p.41-54.

Romano CMC, Scatena JHG, Kehrig RT. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. *Physis* 2015; 25 (4):1095-1115.

Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública* 2014; 48 (4): 622-631.

Santos IS *et al.* Os recursos físicos de saúde no Brasil: um olhar para o futuro. In: Noronha *et al.* (Org.). Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.p.63-111.

Santos L *et al.* O Consórcio Público e o Sistema Único de Saúde: uma abordagem jurídico-administrativa situacional. In: Cherubine M, Trevas V (Orgs.). Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p.103-121.

Santos M. Da Política dos Estados à Política Das Empresas. *Cad. Esc. Legisl* 1998; 3(6): 9-23.

Schneider A. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Rio de Janeiro. *Physis* 2001; 11(2):51-66.

Schneider V. Redes de políticas públicas e a condução de sociedades complexas. *Civitas* 2005; 5(1):29-58.

Smith A. Governança de múltiplos níveis: o que é e como pode ser estudada. In: Peters GG, Pierre J. (Org.). Administração pública: coletânea. São Paulo: Editora Unesp; 2010. p.619-636.

Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho I (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 547-576.

Souza C. Federalismo e Políticas Públicas. In: Menicucci T. Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

Spedo SM. A regionalização intramunicipal do sistema único de saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. *Saude soc.* 2010; 19(3): 533-546.

Stoker G. Governance as theory: five propositions. *Int Soc Sci J* 1998; 50 (155): 17-28.

Viana ALd'Á *et al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18 (suppl): S139-S151.

Viana ALd'Á *et al.* Novas Perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva 2008; 22(1): 92-106.

Viana ALd'Á, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(5): 2317-2326.

Viana ALd'Á, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7 (3): 493-507.

Viana ALd'Á, Lima LD, organizadoras. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.

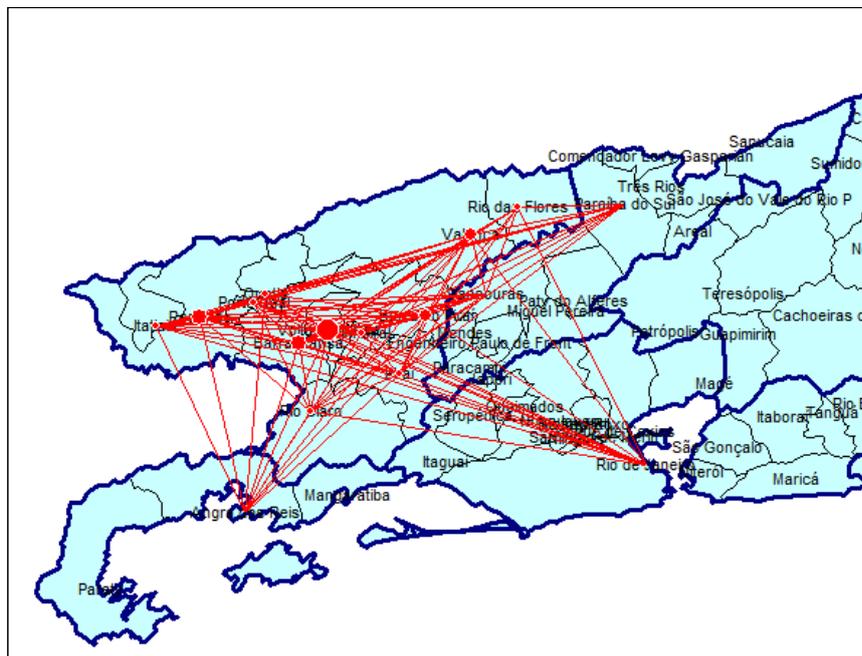
Viana ALd'Á. *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 23(6): 1791-1798.

Viana ALd'Á, Miranda AS, Silva HP. Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos. In: Noronha *et al.*. (Org.). *Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 151-188.

Vianna RP, Lima LD. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis* 2013; 23(4): 1025-1049.

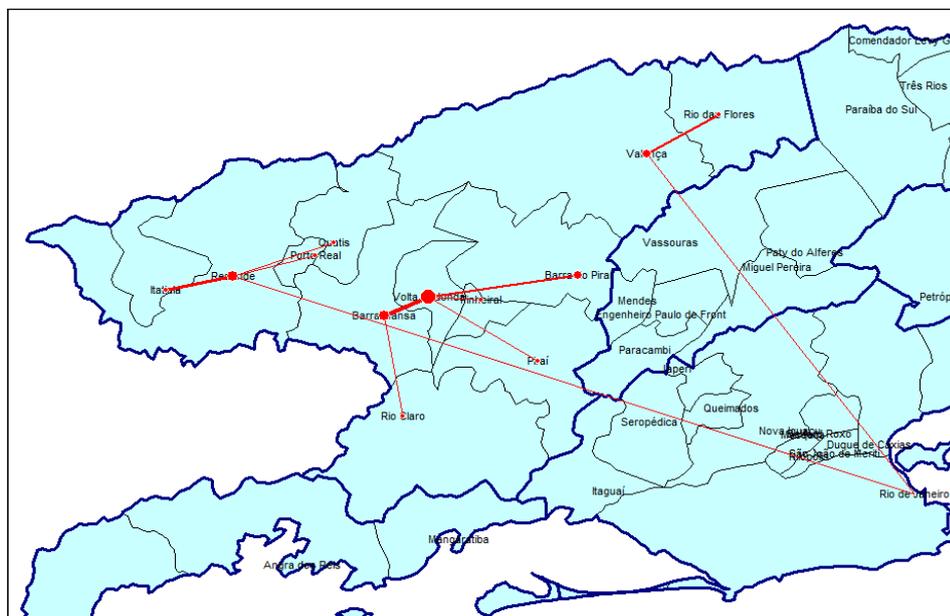
Xavier DR *et al.* Polos e fluxos de deslocamento de pacientes para internação hospitalar e procedimentos selecionados no Sistema Único de Saúde. In: Noronha *et al.*. (Org.). *Brasil Saúde Amanhã: dimensões para o planejamento da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p.113-149.

Figura 2. Fluxo de internações de média complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.



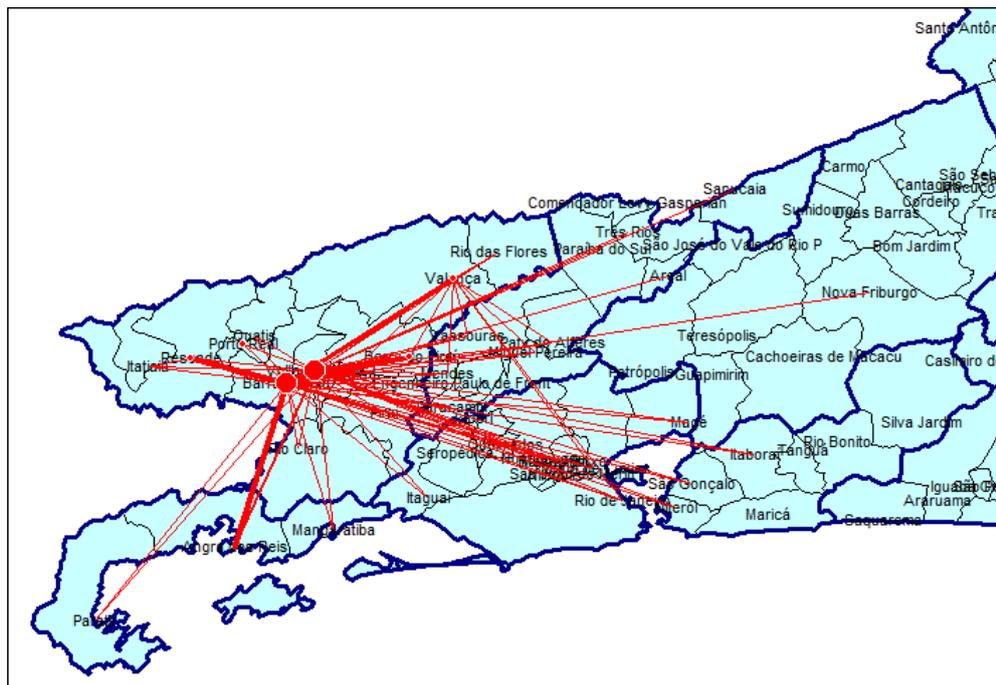
Fonte: SIH/SUS – DATASUS.

Figura 3. Fluxo dominante de internações de média complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.



Fonte: SIH/SUS – DATASUS.

Figura 4. Fluxo de internações de alta complexidade, por município de residência, nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.



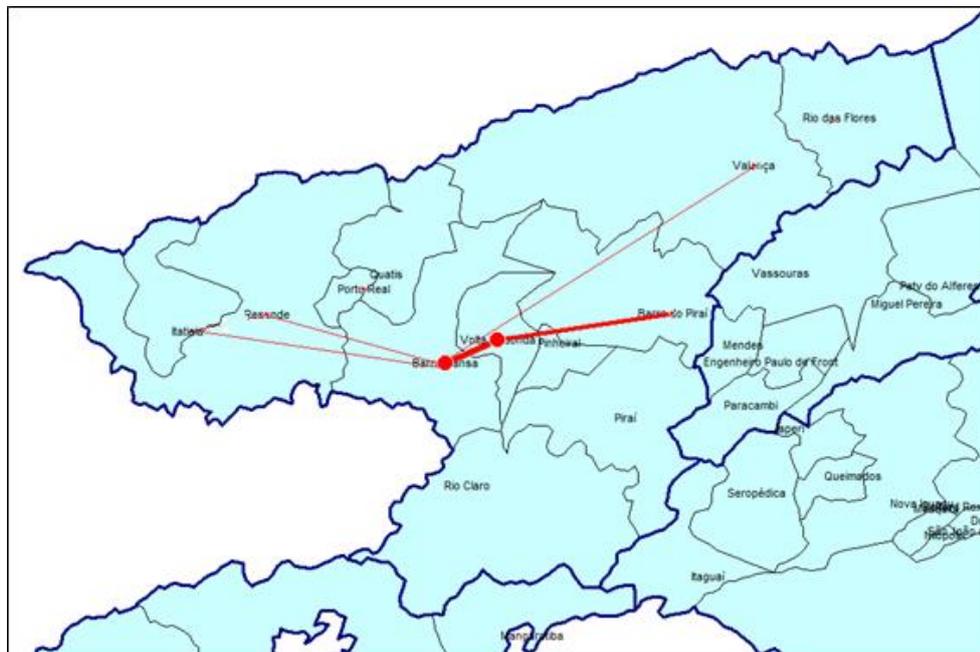
Fonte: SIH/SUS – DATASUS.

Tabela 2. Fluxo de internações de alta complexidade, por município de residência, nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.

Município de Residência	Município de Ocorrência					
	Volta Redonda	Barra Mansa	Resende	Valença	Barra do Pirai	Porto Real
Volta Redonda	3690	452	0	0	0	0
Barra Mansa	258	2290	0	1	0	0
Resende	139	430	498	0	0	0
Valença	63	348	0	249	0	0
Barra do Pirai	328	314	0	3	13	0
Angra dos Reis	155	370	0	0	0	0
Pinheiral	71	110	0	3	0	0
Pirai	70	110	1	0	0	0
Mangaratiba	5	150	0	0	0	0
Paraty	12	128	0	0	0	0
Itatiaia	20	109	2	0	0	0
Rio de Janeiro	71	45	1	2	0	0
Porto Real	19	93	0	0	0	2
Três Rios	3	94	0	0	0	0
Duque de Caxias	65	27	0	1	0	0
Rio Claro	18	61	0	0	0	0
São Gonçalo	64	11	0	0	0	0
Nova Iguaçu	26	37	0	0	0	0
Rio das Flores	16	42	0	4	0	0
Quatis	7	46	0	0	0	0
Miguel Pereira	3	33	0	2	0	0
Valença	0	34	0	0	0	0
Vassouras	4	27	0	2	0	0
Belford Roxo	22	9	0	0	0	0
Mendes	4	23	0	1	0	0
Paracambi	2	24	0	0	0	0
Paraíba do Sul	3	23	0	0	0	0
Niterói	14	10	0	0	0	0
Paty do Alferes	1	15	0	1	0	0
Areal	0	19	0	0	0	0
Magé	14	5	0	0	0	0
São João de Meriti	13	5	0	0	0	0
Itaboraí	11	5	0	0	0	0
Eng. Paulo de Frontin	0	14	0	0	0	0
Itaguaí	2	10	0	0	0	0
Nova Friburgo	0	12	0	0	0	0
Sapucaia	0	12	0	0	0	0

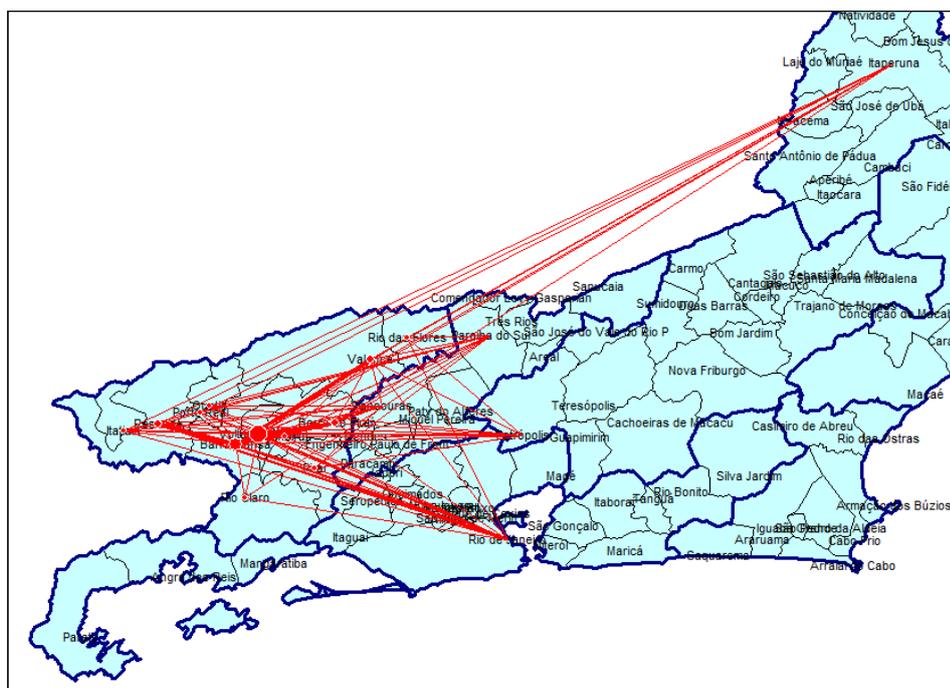
Fonte: SIH/SUS – DATASUS.

Figura 5. Fluxo dominante de internações de alta complexidade, por município de residência, nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba (entrada). Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.



Fonte: SIH/SUS – DATASUS.

Figura 6. Fluxo de internações de alta complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.



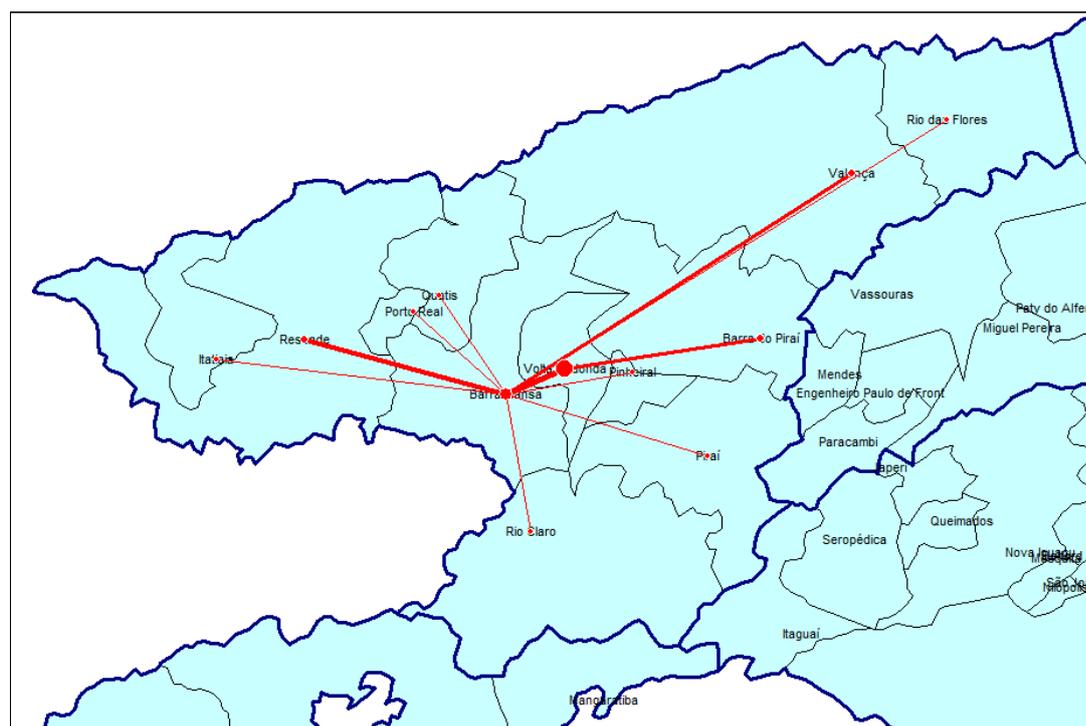
Fonte: SIH/SUS – DATASUS.

Tabela 32. Fluxo de internações de alta complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.

Município de Ocorrência	Município de Residência											
	Volta Redonda	Barra Mansa	Resende	Barra do Pirai	Valença	Pirai	Pinheiral	Itatiaia	Porto Real	Rio Claro	Quatis	Rio das Flores
Volta Redonda	3690	258	139	328	63	70	71	20	19	18	7	16
Barra Mansa	452	2290	430	314	348	110	110	109	93	61	46	42
Rio de Janeiro	238	156	171	75	108	48	26	34	28	28	12	6
Resende	0	0	498	0	0	1	0	2	0	0	0	0
Paraíba do Sul	40	125	86	64	65	12	17	18	16	20	14	8
Valença	0	1	0	3	249	0	3	0	0	0	0	4
Vassouras	12	2	4	86	12	4	1	1	0	0	3	0
Itaperuna	21	20	7	2	21	0	0	4	1	0	0	2
Petrópolis	16	7	7	2	1	6	2	1	0	0	1	1
Barra do Pirai	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0

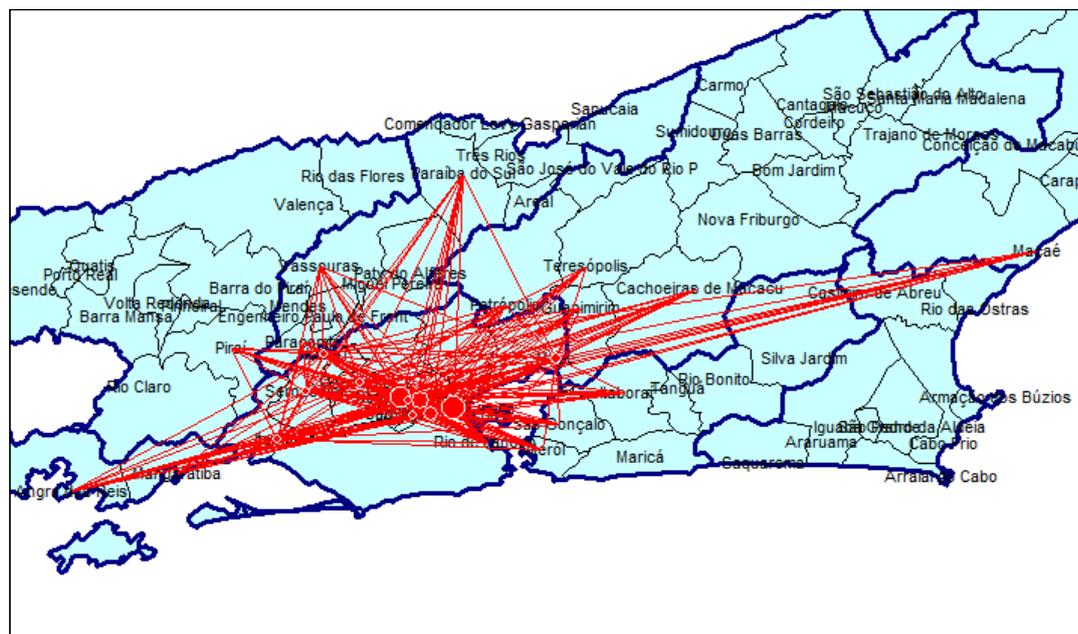
Fonte: Fonte: SIH/SUS – DATASUS.

Figura 7. Fluxo dominante de internações de alta complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da região de saúde do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.



Fonte: SIH/SUS - DATASUS

Figura 13. Fluxo de internações de média complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região da Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.



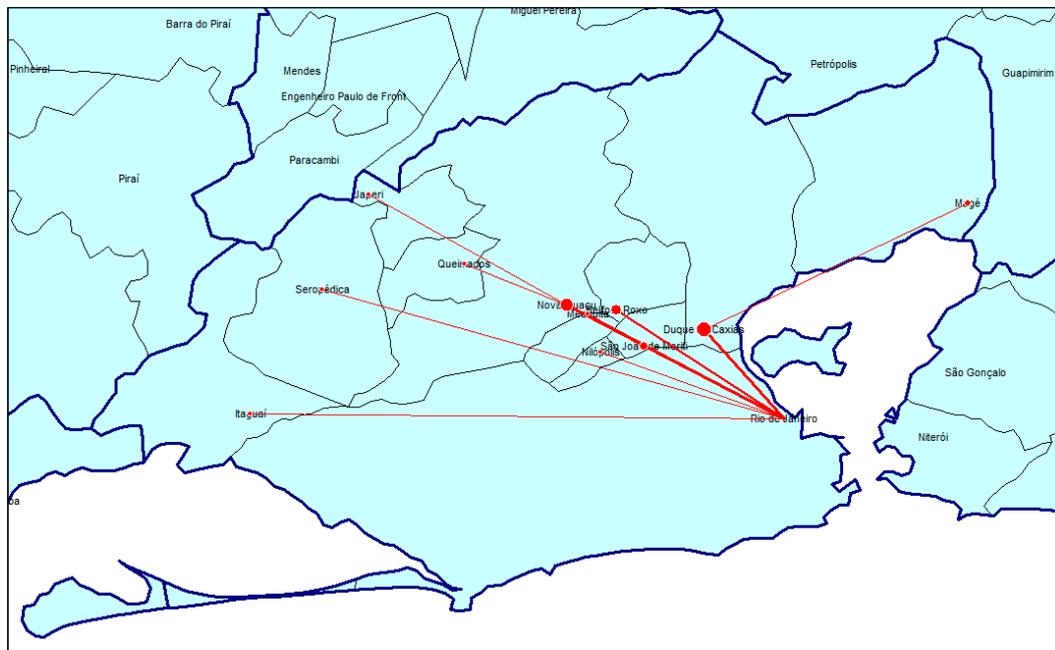
Fonte: SIH/SUS - DATASUS

Tabela 6. Fluxo de internações de média complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região da Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.

Município de Ocorrência	Município de Residência										
	Duque de Caxias	Nova Iguaçu	Mesquita	São João de Meriti	Belford Roxo	Magé	Queimados	Nilópolis	Itaguaí	Japeri	Seropédica
Rio de Janeiro	22837	20096	5183	16781	13167	4132	4392	5961	3076	2084	1585
Duque de Caxias	79108	877	191	4742	6725	5136	318	135	44	191	27
Nova Iguaçu	201	46042	759	2272	5543	30	4423	927	20	2669	143
Mesquita	597	8933	4020	3638	7139	3	2142	1592	7	1295	6
São João de Meriti	2412	1920	655	13818	4772	137	755	515	71	235	56
Belford Roxo	370	4035	639	1221	13390	81	465	347	85	417	57
Magé	1432	4	2	10	8	14265	2	0	0	0	0
Queimados	20	3959	58	67	83	0	4379	28	2	1283	19
Nilópolis	179	2083	1040	1069	479	38	289	1883	48	165	97
Itaguaí	8	66	4	12	8	1	7	5	6565	8	348
Seropédica	6	861	1	19	13	2	26	0	205	211	1656
Paracambi	4	123	3	5	10	2	118	3	24	755	621
Petrópolis	314	23	6	11	17	468	3	6	1	2	4
Guapimirim	19	4	0	3	5	979	1	2	0	1	0
São Gonçalo	60	65	10	44	34	65	19	12	11	9	2
Niterói	48	48	16	38	37	65	8	9	7	4	1
Vassouras	10	66	8	6	8	2	83	7	45	243	104
Paraíba do Sul	78	90	22	34	31	46	17	10	57	16	50
Teresópolis	22	3	1	4	3	500	2	2	0	0	0
Mangaratiba	10	40	12	8	10	1	9	6	181	7	51
Itaboraí	19	15	4	19	5	43	3	3	2	3	2
Angra dos Reis	16	31	4	13	22	2	2	2	36	1	4
Piraí	4	15	1	1	3	1	10	1	27	2	157
Cachoeiras de Macacu	22	15	2	12	18	24	2	1	1	0	3
Macaé	30	19	3	16	12	19	4	3	0	2	0

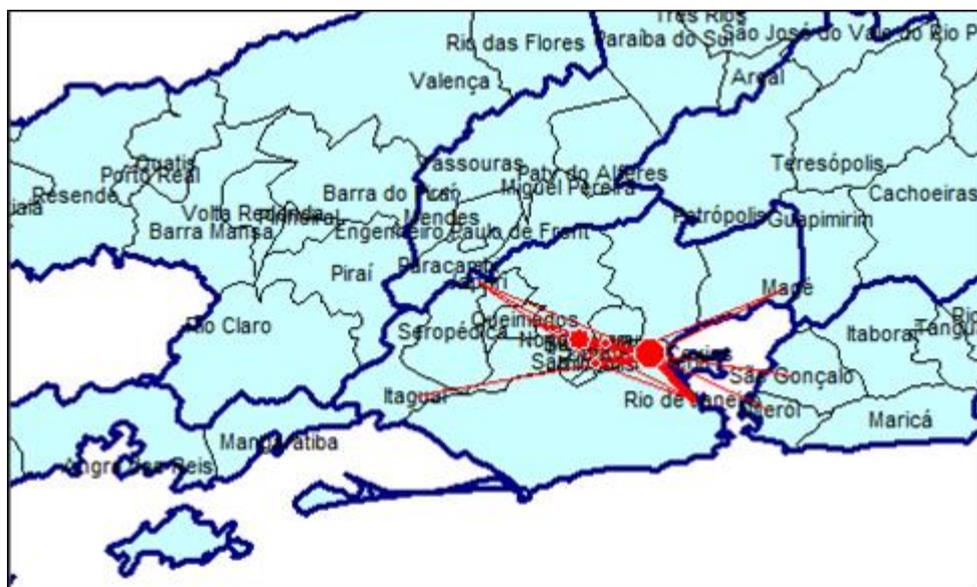
Fonte: SIH/SUS – DATASUS.

Figura 14. Fluxo dominante de internações de média complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região da Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.



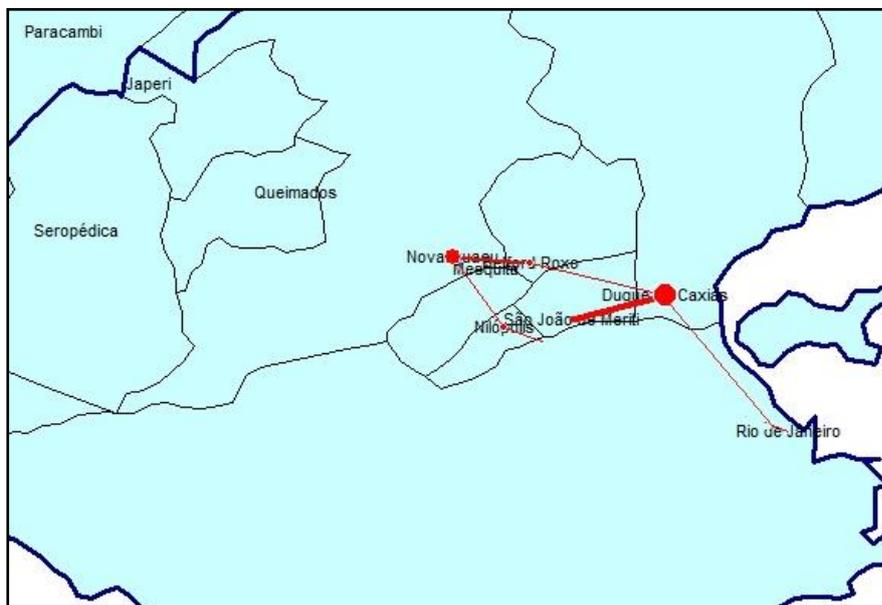
Fonte: SIH/SUS – DATASUS.

Figura 15. Fluxo de internações de alta complexidade, por município de residência, nos municípios da Região do Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.



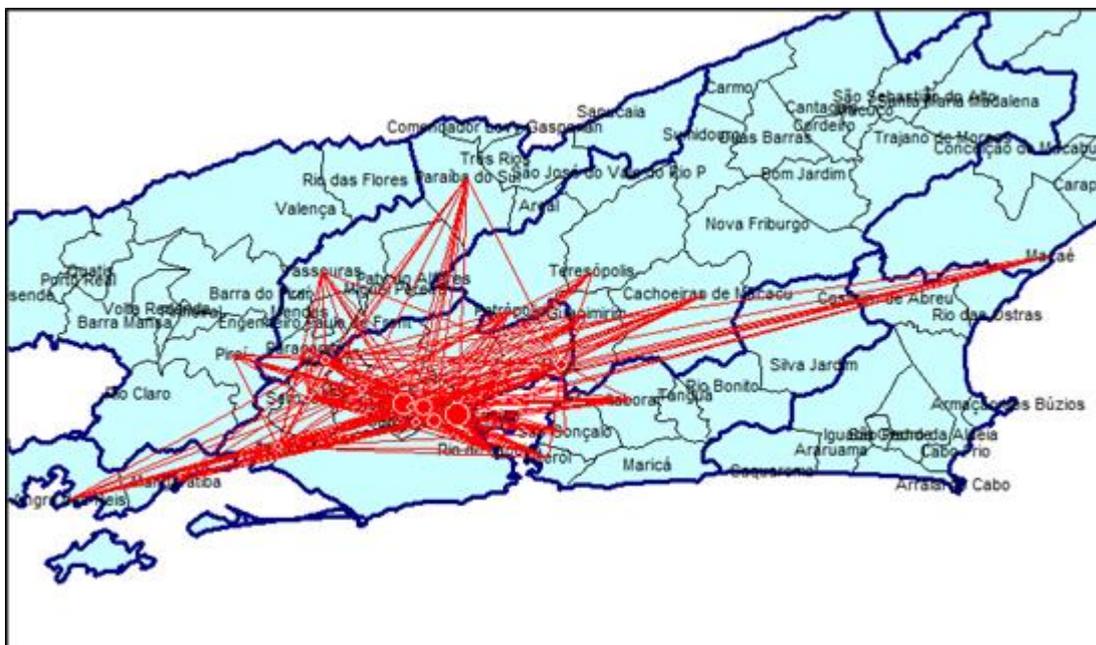
Fonte: SIH/SUS – DATASUS.

Figura 162. Fluxo dominante de internações de alta complexidade, por município de residência, nos municípios da Região do Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.



Fonte: SIH/SUS – DATASUS.

Figura 17. Fluxo de internações de alta complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região da Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.



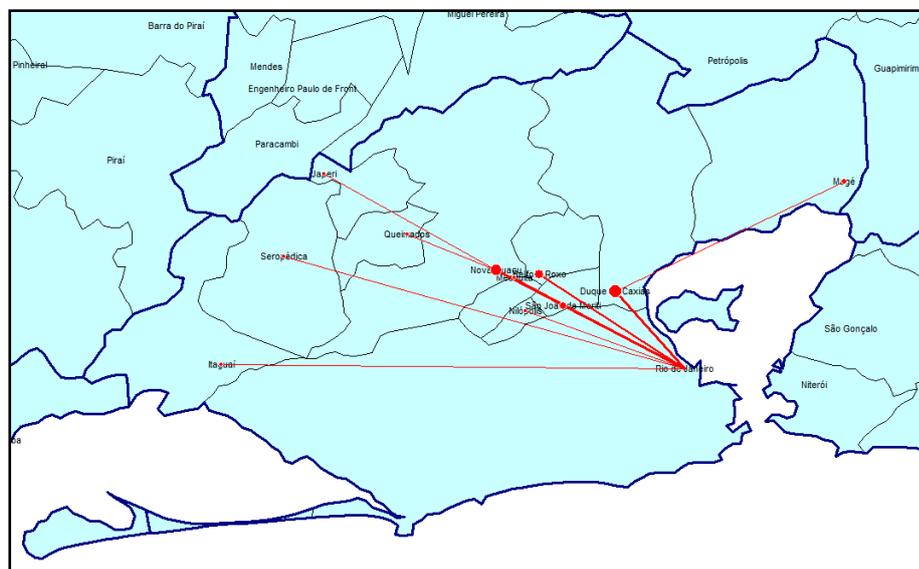
Fonte: SIH/SUS – DATASUS.

Tabela 73. Fluxo de internações de alta complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região da Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.

Município de Ocorrência	Município de Residência										
	Duque de Caxias	Nova Iguaçu	Belford Roxo	Itaguaí	Japeri	Magé	Mesquita	Nilópolis	Queimados	São João de Meriti	Seropédica
Rio de Janeiro	3.790	3.296	1.974	449	305	788	705	813	752	2.463	239
Duque de Caxias	1.092	243	191	12	7	113	32	47	21	348	1
Nova Iguaçu	7	935	123	0	34	0	9	33	62	90	0
Vassouras	22	39	13	108	41	8	4	3	82	8	62
Petrópolis	90	46	16	10	3	44	6	5	5	23	6
Paraíba do Sul	40	56	17	11	8	23	9	10	6	22	21
Volta Redonda	65	26	22	2	2	14	3	4	2	13	2
Barra Mansa	27	37	9	10	5	5	4	4	3	5	3
Niterói	7	3	6	1	0	75	0	0	0	2	0
São Gonçalo	19	14	11	8	2	2	4	4	1	7	3
Belford Roxo	2	2	69	0	0	0	0	0	0	1	0
Campos dos Goytacazes	14	18	9	1	1	3	1	3	2	12	2
Teresópolis	1	3	0	1	0	32	0	0	1	0	1
Itaperuna	5	5	4	0	0	9	0	0	1	2	0
Cabo Frio	5	6	1	0	0	2	0	0	0	2	0
Nilópolis	3	7	2	0	1	1	2	4	0	1	0
Nova Friburgo	1	1	0	0	0	13	0	0	0	0	0

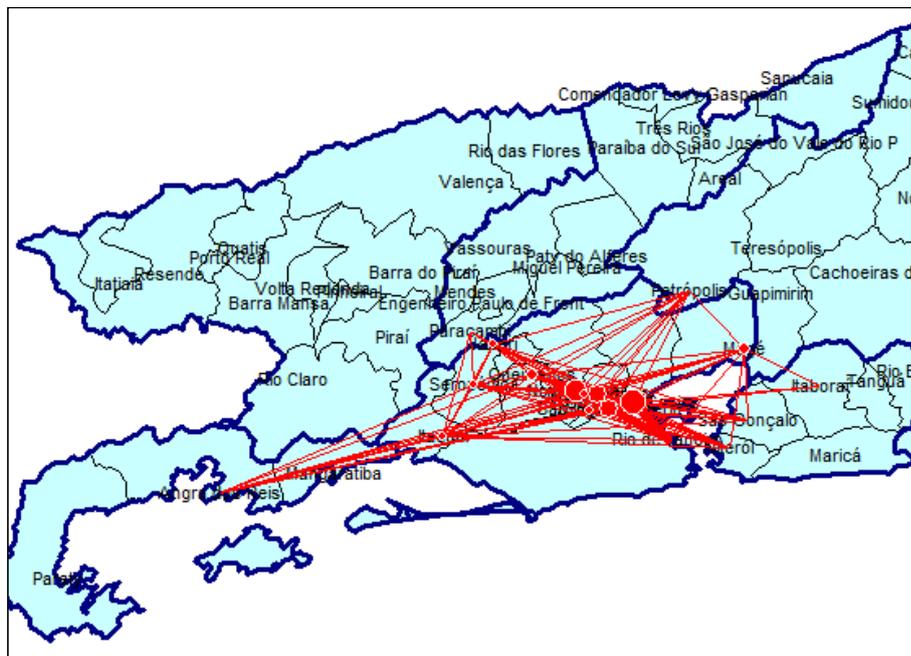
Fonte: SIH/SUS – DATASUS.

Figura 18. Fluxo dominante de internações de alta complexidade, por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região da Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.



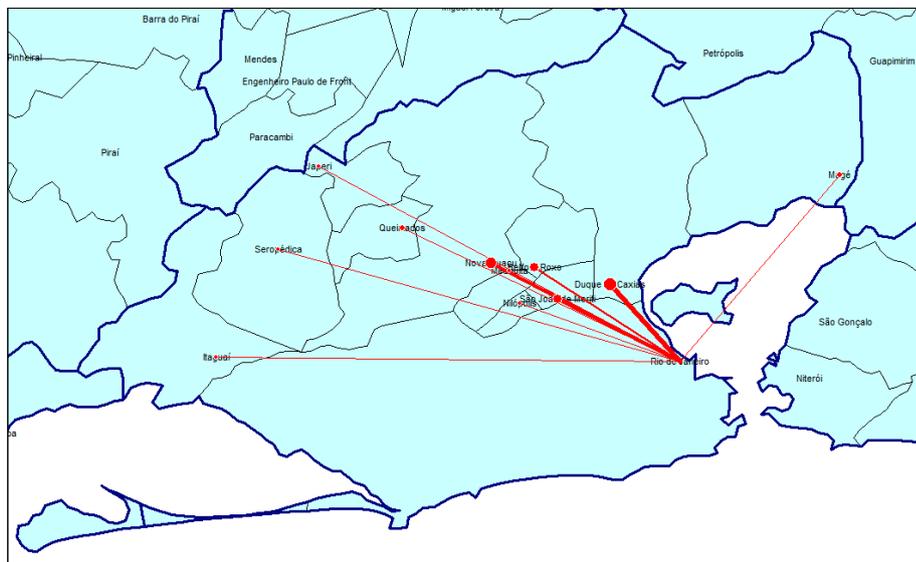
Fonte: SIH/SUS – DATASUS.

Figura 21. Fluxo de procedimentos de alta complexidade (sem medicamentos), por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região do Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.



Fonte: SIA/SUS – DATASUS.

Figura 22. Fluxo dominante de procedimentos de alta complexidade (sem medicamentos), por município de ocorrência, para os residentes nos municípios da Região do Baixada Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil. 2015 a 2017.



Fonte: SIA/SUS – DATASUS.