



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro

Patricia Vanda dos Santos Rocha

**Regionalização, Comissão Intergestores Regional (CIR) e
Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS): a experiência da Região
Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, de 2009 a 2022**

Rio de Janeiro

2023

Patricia Vanda dos Santos Rocha

Regionalização, Comissão Intergestores Regional (CIR) e Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS): a experiência da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, de 2009 a 2022

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

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Silveira Ney

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

R672 Rocha, Patricia Vanda dos Santos

Regionalização, Comissão Intergestores Regional (CIR) e Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS): a experiência da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, de 2009 a 2022 / Patricia Vanda dos Santos Rocha – 2023.
96 f.

Orientadora: Márcia Silveira Ney

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Gestão em Saúde. 2. Regionalização da Saúde. 3. Consórcios de Saúde. 4. Política de Saúde. 5. Relações Interinstitucionais. 6. Estado do Rio de Janeiro (RJ). I. Ney, Márcia Silveira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 614:658 (815.3)

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

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

Assinatura

Data

Patricia Vanda dos Santos Rocha

Regionalização, Comissão Intergestores Regional (CIR) e Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS): a experiência da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, de 2009 a 2022

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

Aprovada em 09 de novembro de 2023.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Silveira Ney
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Paulo Henrique Almeida Rodrigues
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dr.^a Catalina Kiss
Universidade Estácio de Sá

Prof.^a Dr.^a Inês Leoneza
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Alcione Rocha (*in memoriam*): sem o seu incentivo, não seria possível ser quem eu sou.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a minha Espiritualidade, por me guiar nessa caminhada que muitas das vezes não foi fácil, mas em muitos momentos sempre encontrava flores para perfumar os meus dias.

À minha Mãe (*in memoriam*) e ao meu Pai (*in memoriam*), pela vida, força, fé na superação das dificuldades e esperança em dias melhores.

À Secretaria de Estado de Saúde, por oportunizar a qualificação de seus profissionais.

Ao Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro, a todos os professores, por todo ensinamento e reflexões, contribuindo para uma prática mais assertiva e crítica.

À Thais Franco, por todo apoio e suporte para nossa turma, já que por conta da pandemia as aulas foram *on-line*.

À querida Márcia Ney, minha orientadora, muito obrigada pela paciência e compreensão nos momentos de dificuldades. A condução da orientação de forma sábia auxiliou no meu processo de escrita.

À banca examinadora – professores Paulo Henrique, Catalina e Inês obrigada por todo ensinamento e disponibilidade para orientar com contribuições valiosas no trabalho.

À Região de Saúde Metropolitana I, onde iniciei minha atuação profissional na Secretaria de Estado de Saúde, por sua importância no desenho do estado do Rio de Janeiro, nos lança desafios e aprendizados, e nesse tempo de região conhecemos pessoas que passam a ser amigos, o que nos auxilia na jornada de trabalho. Muito obrigada!

À Sidnea, minha amiga e companheira de trabalho, obrigada pelo apoio e por me ajudar a conduzir a Secretaria Executiva da CIR M1.

À Izabela Ribeiro, minha apoiadora regional, obrigada pela paciência e compreensão nos momentos de equívocos.

Aos amigos Daniel Sudré, Marta Tenório, Márcia Tenório, Débora Lopes, Almira Pereira e Betânia Pessoa, muito obrigada pela amizade, apoio, disponibilidade nos momentos de ajuda e por acreditarem no meu projeto.

À Amanda Moraes, pela amizade e pelas longas conversas sobre o tema, sua contribuição foi valiosa.

Ao André Blal, amizade que o mestrado me deu, obrigada pelo carinho e ajuda nessa caminhada.

Aos colegas da 2ª turma do mestrado profissional: infelizmente não podemos nos conhecer pessoalmente, pois devido à pandemia nossas aulas foram *on-line*; no entanto, nos trabalhos em grupo pude conhecê-los e criar laços de amizades.

Ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF), na figura de sua Secretária Executiva, Dra. Rosangela Bello, e da Diretora Técnica, Dra. Márcia Ribeiro, obrigada pelos esclarecimentos e aprendizado sobre os consórcios.

E a todos que, direta e indiretamente, contribuíram e torceram para que eu concluísse o Mestrado Profissional.

Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.

Cora Coralina

RESUMO

ROCHA, Patricia Vanda dos Santos. **Regionalização, Comissão Intergestores Regional (CIR) e Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS):** a experiência da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, de 2009 a 2022. 2023. 96 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Esta dissertação tem como objetivo descrever as relações da Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro e o Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense (CISBAF), de 2009 a 2022. Pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, baseada em levantamento bibliográfico e documental sobre Regionalização, Consórcio Intermunicipal de Saúde, Comissão Intergestores Regional e Secretaria de Estado de Saúde. A pesquisa foi organizada após uma seleção de artigos científicos e documentos oficiais no âmbito da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro e Ministério da Saúde, e dados específicos do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense, seguindo as seguintes etapas: levantamento bibliográfico, documental, dados secundários e análise de dados. Apesar de as relações da Comissão Intergestores regional e do Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense se estreitarem ao longo dos anos, por meio dos representantes de nível central da SES/RJ na CIR e da Secretaria Executiva da CIR, estratégias de trabalho foram lançadas, como a participação da Secretaria Executiva da CIR nas reuniões no âmbito do consórcio com os gestores municipais. Isso resultou em uma experiência não efetiva, sobretudo porque os gestores confundiam o papel da CIR e Consórcio, que em algumas situações eram semelhantes. Verificou-se que o consórcio, sempre representado por sua Secretária Executiva e a Diretora Técnica, tem sua participação desde o ano de 2014, sendo que no ano de 2017 sua participação se tornou mais efetiva. Embora a SES/RJ, no ano de 2015, tenha realizado seminário visando incentivar a formação de consórcios nas regiões de saúde e no ano de 2017 a recepção dos novos gestores sediada no CISBAF, objetivando integrar as duas instâncias da região, a SES/RJ não normatizou propostas que incluíssem os consórcios na regionalização do estado. No ano de 2023, com a atualização do regimento interno da CIR do estado do Rio de Janeiro, por meio da Deliberação CIB/RJ nº 7.974, de 21 de setembro de 2023, os Consórcios Intermunicipais passam a participar da plenária CIR como ouvintes. Enfatiza-se a importância de todas as estruturas da SES estarem alinhadas com a proposta da regionalização na qual a CIR, como a governança regional, seja priorizada como fomentadora e disparadora de discussões referentes aos processos e propostas no âmbito da SES/RJ. Da mesma forma, as ações do consórcio referente a projetos envolvendo os municípios da região devem ser convertidos para conhecimento e debate dessa comissão.

Palavras-chave: regionalização; Comissão Intergestores Regional; Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense; Região de Saúde Metropolitana I; Estado do Rio de Janeiro.

ABSTRACT

ROCHA, Patricia Vanda dos Santos. **Regionalization, Regional Intermanagers Commission (CIR) and Intermunicipal Health Consortium (CIS):** the experience of Metropolitan Region I of the State of Rio de Janeiro, from 2009 to 2022. 2023. 96 f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Although the relations between the regional Intermanagers Commission and the Baixada Fluminense Intermunicipal Consortium have strengthened over the years, through the central level representatives of SES/RJ in the CIR and the CIR Executive Secretariat, work strategies were launched, such as the participation of the CIR Executive Secretariat in meetings within the consortium with municipal managers. This resulted in an ineffective experience, mainly because managers confused the role of the CIR and Consortium, which in some situations were similar. It was found that the consortium, always represented by its Executive Secretary and the Technical Director, has been participating since 2014, and in 2017 its participation became more effective. Although SES/RJ, in 2015, held a seminar aimed at encouraging the formation of consortia in health regions and in 2017, the reception of new managers based at CISBAF, aiming to integrate the two bodies in the region, SES/RJ did not standardize proposals that included consortia in the regionalization of the state. In 2023, with the update of the internal regulations of the CIRs in the state of Rio de Janeiro, through CIB/RJ Deliberation No. 7.974, of September 21, 2023, the Intermunicipal Consortia will begin to participate in the CIR plenary as listeners. The importance of all SES structures being aligned with the regionalization proposal is emphasized, in which the CIR, like regional governance, is prioritized as a promoter and trigger of discussions regarding processes and proposals within the scope of SES/RJ. Likewise, the consortium's actions regarding projects involving municipalities in the region must be converted for knowledge and debate by this commission.

Keywords: regionalization. Regional Interagency Commission ; Intermunicipal Health Consortium of the Baixada Fluminense; Metropolitan Health Region I; State of Rio de Janeiro.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Processo de regionalização do estado do Rio de Janeiro no período de 1993 a 2023.....	29
Figura 2 -	Mapa do estado do Rio de Janeiro com divisão político-administrativa por regiões de saúde.....	31
Figura 3 -	Percentual de municípios com consórcios públicos segundo tipo de parceria no período de 2015 a 2019.....	37
Figura 4 -	Percentual de municípios com consórcios públicos segundo a área de atuação no período de 2015 a 2019.....	38
Quadro 1 -	Consolidação do resultado nas bases de dados para seleção de artigos científicos para pesquisa bibliográfica.....	54
Quadro 2 -	Legislação e normativas referentes à regionalização da saúde.....	55
Quadro 3 -	Normativas e documentos técnicos referentes à regionalização no âmbito do estado.....	56
Quadro 4 -	Documentos referentes ao Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense.....	57
Quadro 5 -	Sistemas de informações oficiais e período de análise.....	57
Tabela 1 -	Regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro e sua população com base estimada para o ano de 2021.....	63
Figura 5 -	Mapa da região de saúde Metropolitana I.....	64
Quadro 6 -	Grupo de trabalho no âmbito da CIR Metropolitana I.....	67
Tabela 2 -	Presença do Consórcio Intermunicipal nas reuniões CIR Metropolitana I - 2009 a 2022.....	74
Quadro 7 -	Pautas apresentadas na CIR referente ao consórcio e solicitação de pautas realizadas pelo CISBAF.....	75
Quadro 8 -	Deliberações que envolvem o consórcio.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CT	Câmara Técnica
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Social
CEF	Caixa Econômica Federal
CES	Conselho Estadual de Saúde
CEF	Caixa Econômica Federal
CF	Constituição Federal
CF88	Constituição Federal de 1988
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIB/RJ	Comissão Intergestores Bipartite do estado do Rio de Janeiro
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIR M1	Comissão Intergestores Regional Metropolitana I
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CISBAF	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense
CISMEPA	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNF	Conferência Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FEM	Fator de Estímulo a Municipalização
FES	Fundo Estadual de Saúde
GED	Grupo Especial de Descentralização
GPAB	Gestão Plena de Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NDVS	Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde
NHS	National Health Service
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUSEG/UERJ	Núcleo Superior de Estudos Governamentais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
PAB	Piso Assistencial Básico
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PRI	Planejamento Regional Integrado
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SES/RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1	REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE, CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E O ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	19
1.1	Regionalização da saúde.....	19
1.2	O processo de regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro.....	28
1.3	Consórcio Intermunicipal de Saúde.....	32
1.4	O processo de implantação de consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro.....	39
2	ASPECTOS INFLUENCIADORES NA REGIONALIZAÇÃO.....	41
3	OBJETIVOS E MÉTODOS.....	51
3.1	Objetivo geral.....	51
3.2	Objetivos específicos.....	51
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	52
4.1	Abordagem teórico metodológica.....	52
4.2	Análise e coleta de dados.....	52
4.3	Etapas do estudo.....	53
4.3.1	<u>Etapa 1 – Levantamento bibliográfico.....</u>	53
4.3.2	<u>Etapa 2 – Levantamento de documentos.....</u>	54
4.3.3	<u>Etapa 3 – Dados secundários.....</u>	57
4.3.4	<u>Etapa 4 – Análise dos dados.....</u>	58
5	RESULTADOS.....	59
5.1	Espaços Regionais no âmbito da Região de Saúde Metropolitana I: Comissão Intergestores Regional e Consórcio Intermunicipal de Saúde.....	59
5.1.1	<u>Caracterização do estado do Rio de Janeiro.....</u>	61
5.1.2	<u>A região de saúde.....</u>	62
5.1.3	<u>Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde Metropolitana I.....</u>	64
5.1.4	<u>Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense.....</u>	69
6	DISCUSSÃO.....	79

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICE – Carta de anuência.....	95

INTRODUÇÃO

O estudo aborda o tema da regionalização, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, a Comissão Intergestores Regional e Secretaria de Estado de Saúde. A motivação para realização deste estudo condiz com a minha trajetória profissional: ingressei na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro em 2005, com lotação no Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde (NDVS) 1A e Baía da Ilha Grande, com sede no município de Nova Iguaçu; em 2007 assumi a coordenação do NDVS. No ano de 2009, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) instituiu o processo de regionalização através da realização de oficinas regionais para reconhecimento das regiões de saúde. Nesse período, acompanhei as discussões com as regiões Médio Paraíba, Centro Sul e Baía da Ilha Grande, em oficina realizada no município de Volta Redonda. Atuava na Câmara Técnica do Colegiado de Gestão Regional (CGR), da região de saúde da Baía de Ilha Grande. No ano de 2011, fui convidada para assumir o cargo de Coordenadora Regional do CGR da região de saúde Metropolitana I.

A região Metropolitana I era então composta por 11 municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nova Iguaçu, Nilópolis, Queimados, São João de Meriti e Seropédica, todos na Baixada Fluminense. O município do Rio de Janeiro, no ano de 2009, solicitou rever a região de saúde, com o objetivo de constituir uma. Nesse período, o estado do Rio de Janeiro, contabilizava 10 regiões de saúde, e o município do Rio de Janeiro, uma região de saúde com ele mesmo, o CGR Capital. O retorno do município do Rio de Janeiro para Região Metropolitana I se deu através de discussões e pactuação em CIB/RJ, conforme Deliberação CIB nº 1.383, de 18 de agosto de 2011.¹

Com o Decreto 7.508/2011,² o CGR passou a ser chamado de Comissão Intergestores Regional (CIR), assim como o cargo de coordenadora passou a ser de secretária executiva, seguindo a estrutura da CIB e CIT.

A região de saúde Metropolitana I possui um Consórcio Intermunicipal de Saúde, que é o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF). Sua criação

¹ <https://www.saude.rj.gov.br/planejamento-em-saude/regioes-de-saude/planejamento-regional-integrado>

² 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.

ocorreu no ano de 2000. O consórcio representa 11 municípios da Baixada Fluminense, que também fazem parte da região de saúde Metropolitana 1 junto com o município do Rio de Janeiro. No início do trabalho do CGR, verificamos que o CISBAF desenvolvia atividades semelhantes do colegiado, tais como: reuniões com os gestores municipais de saúde, câmara técnica, grupo de trabalho e ainda gerenciava o SAMU. Percebemos um certo conflito com o consórcio. A constituição de consórcios intermunicipais de saúde se ampliou na década de 1980 e se fortaleceu na década de 1990. O estado do Rio de Janeiro possuía dois consórcios intermunicipais de Saúde consolidados e em funcionamento, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA) – cuja proposta de implantação surgiu em 1997, mas as discussões de pautas comuns e encontros de secretários de Saúde advêm desde meados dos anos 1980, e o CISBAF, criado em fevereiro de 2000, com discussões para a implantação em 1999, com apoio de parlamentares e da Associação de Secretários Municipais de Saúde da Baixada Fluminense. (Lima *et al.*, 2020).

O consórcio surgiu como instrumento na organização regional das políticas de saúde, a partir da NOB/96 e demais documentos ministeriais, prevista na Lei nº 8.080/1990, no artigo 10º. Apesar de a legislação prever o consorciamento entre municípios, a partir da década de 1990, algumas regiões do país realizaram a formação de consórcios intermunicipais de saúde.

Desde a lei nº 8.080 até a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB), o papel do gestor estadual não foi priorizado no conjunto da política de saúde, fato que nesse período coincide com a formação de consórcios intermunicipais pelo país (Rocha, 2004). A descentralização da saúde enfatizou a comunicação direta do governo federal com os municípios. As normas de gestão, descentralização e os mecanismos de financiamento induziram uma relação de dependência dos municípios com o governo federal, contribuindo para o enfraquecimento do papel do estado como articulador e planejador regional do SUS (Albuquerque, 2013, p. 86).

Ao transferir para os municípios a sua rede ambulatorial e parte da rede hospitalar, alguns estados abandonaram seu papel de prestador de serviços, mas não se capacitaram para assumir suas novas atribuições. O processo de descentralização instaurado pelo SUS, centrado na relação União-municípios, deixou à margem os estados como instâncias de planejamento, financiamento, avaliação e controle. Com isso, permaneceram na disputa pelo papel de prestador, com o SUS deixando de dispor de uma instância articuladora e otimizadora dos recursos disponíveis em cada município, atravancando assim a possibilidade de se programar e de operar redes de serviços de âmbito regional (Yunes, 1999, p. 68).

Para Albuquerque (2013, p. 86), “as normas de gestão e descentralização do SUS e os mecanismos de financiamento federais indutores desse processo possibilitaram uma atuação dos municípios mais regulados e dependentes do nível federal. Esse foi um dos aspectos que contribuiu para a fragilização do papel da esfera estadual como articulador e planejador regional do SUS”. Entretanto, o estado avançou no seu papel de coordenador da política de saúde estadual, sem modificar a municipalização, por meio da NOAS 2001 e o Pacto pela saúde em 2006. Essa lacuna temporal, do papel do estado, segundo Gadelha *et al.* (2011, p. 3008), ao longo dos anos 90 e começo dos anos 2000, significou “o esvaziamento do papel dos estados, dificultando, ou mesmo impedindo em alguns casos, a coordenação e o planejamento de todo o sistema a partir de uma lógica territorial”.

A mudança surge a partir da NOAS, quando os estados são indicados a retomar seu papel central na coordenação estadual e regional do sistema de saúde (gestão, oferta de ações e serviços, financiamento) e na coordenação federativa, tanto em relação a cada município da sua administração, quanto na promoção da relação coordenada e cooperada entre os municípios de cada região de saúde (Cajueiro, 2019, p. 34). A regionalização, no entanto, traz desafios, que são as dificuldades de integrar e coordenar serviços e ações de saúde em diferentes espaços geográficos, com diferentes gestões, que residem em atender necessidades e demandas da população com qualidade, escala e custos adequados.

Rodrigues e Santos (2010) apontam problemas advindos da municipalização do SUS, com a organização, planejamento do sistema e implantação da direção única nas três esferas do governo, que possibilitam a fragmentação, por dificultar a coordenação de um conjunto de ações e serviços de saúde no território. Corroborando com os autores (Stuckenbruck, 2022, p. 21)

A fragmentação também se agrava pelo fato de o Brasil ser um país federativo, como tal, os entes federados têm relativa autonomia política e administrativa [...]. Devido esses entes terem relativa autonomia, é natural que tenha competição entre eles, o que torna difícil a ação cooperativa. Talvez, reconhecendo este problema e tentando mitigá-lo, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/1990) estabeleceu a possibilidade de estabelecimento de consórcios intermunicipais.

A priorização da descentralização, feita com base na municipalização em detrimento da regionalização, acarretou um aumento significativo da participação dos municípios na provisão de serviços de saúde, principalmente em municípios pequenos. Embora a Lei nº 8.080 preveja a constituição de consórcios, é por meio desse cenário que os consórcios são

eleitos como uma estratégia de enfrentamento das dificuldades que residem na concretização dos princípios do SUS.

Os consórcios estão amparados pela Lei nº 11.107/2005 – Lei dos Consórcios Públicos, que dispõe sobre normas de contratação. No ano de 2007, tem-se a regulamentação por meio do Decreto nº 6.017/2007, que traz regras acerca da possibilidade de constituir consórcio entre entidades de diferentes níveis.

Com a coordenação do processo de regionalização, desde 2009 a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro não realizou diálogos com o consórcio intermunicipal da Baixada Fluminense (CISBAF), no sentido de se apropriar da discussão sobre os municípios da região, propostas e projetos em vigência. Assim, determinados conflitos foram gerados.

Lima *et al.* (2020, p. 34) apontam em seu estudo uma “relação frágil” entre consórcio e CIR Metropolitana I, na qual o CISBAF se sobrepõe à comissão com espaço de decisão dos gestores municipais da saúde. A composição da CIR Metro I inclui o município do Rio de Janeiro – portanto, a capital do Estado – e o CISBAF torna-se uma instância de maior importância e reconhecimento pela Baixada Fluminense. Segundo o estudo, a diferença de composição da CIR e do CISBAF é vista como um fator complicador nas relações.

Fato importante levantado no estudo é a existência do consórcio como instância regional antes do CGR, atual CIR. No caso da SES, existe resistência em ambos os lados (SES e CISBAF) e disputa constante pelas decisões políticas e direcionamentos da região. O estudo evidencia que, nessa disputa, o Consórcio, que reúne secretários e prefeitos, acaba predominando.

Com o passar do tempo, as relações foram sendo estreitadas, mas com certa cautela. Como forma de dirimir os conflitos, a secretaria executiva começou a participar das reuniões com os gestores no consórcio. Entende-se que a participação não obteve resultados satisfatórios, pois havia uma confusão nos papéis do CGR e Consórcio por parte dos gestores.

Na atualidade, o Consórcio participa da CIR como convidado; a princípio, a estratégia de convidar o consórcio para participar das reuniões ordinárias da Comissão era uma forma de sensibilizar os gestores para a participação nas reuniões da CIR, que são compostas por seus suplentes.

A inquietação sobre essa relação da CIR e Consórcio (CISBAF) perpassa a temática de estudo desta dissertação. A falta de clareza nas atribuições na relação com esses atores gera

um impacto na região e na CIR. A importância de discutir a inserção dos consórcios nas reuniões regionais, seja como convidado, ou demandado pela Comissão Intergestores Regional, é uma tarefa a ser dialogada e analisada nos processos de discussão.

Este estudo partiu de reflexões sobre a atuação da CIR perante os Consórcios e tem como pergunta norteadora: como a Secretaria de estado de Saúde, na figura da Comissão Intergestores Regional, trata da relação institucional com o consórcio e do processo de regionalização do Estado do Rio de Janeiro?

O objeto da pesquisa consiste em analisar as relações da Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro e o Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense (CISBAF). O estudo será realizado utilizando o recorte temporal compreendido entre os anos de 2009 até 2022.

A dissertação está assim organizada: a introdução, que ora se apresenta, os objetivos do estudo, o percurso metodológico percorrido para alcançar os objetivos. O referencial teórico, com os capítulos. O capítulo 1 faz uma contextualização sobre o processo de regionalização no país e os Consórcios Intermunicipais de Saúde, e sucessivamente seus processos implantação no estado do Rio de Janeiro. O capítulo 2 trata dos aspectos influenciadores na regionalização, estando dividido o sistema federativo do país, caracteriza o papel da União, estados e municípios. O município, como base política eleitoral na organização política administrativa do País, e a importância do processo eleitoral dos municípios na constituição de alianças de poder para eleição de representantes nas esferas estadual e federal e a sobreposição do setor privado ao setor público, principalmente, na relação de contratação de serviços que também será reforçada pelos consórcios. Os Resultados apresentam a região de saúde da Metropolitana I, a Comissão Intergestores Regional (CIR) e o Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense (CISBAF), e a relação institucional consórcio e CIR M1. A discussão traz os apontamentos obtidos na literatura e as reflexões do estudo sobre a relação institucional ocorrida no estado do Rio de Janeiro, finalizando com as Considerações Finais do estudo.

1 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE, CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE E O ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Este capítulo descreve o processo de implantação da regionalização no país e no estado do Rio de Janeiro. Discutirá o surgimento dos consórcios como alternativa e auxílio dos municípios na provisão de serviços face às demandas assumidas com a municipalização, sua instituição, composição, financiamento e desafios para sua manutenção e a iniciativa no estado do Rio de Janeiro.

1.1 Regionalização da Saúde

Em 26 de janeiro de 2001, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 95, que edita a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), com o objetivo de aprofundar a regionalização como forma de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (Brasil, 2001, p. 14).

A regionalização é um dos princípios doutrinários do SUS, é o eixo estruturante que organiza a descentralização das ações e serviços de saúde. O processo de regionalização compreende uma base territorial e populacional – região de saúde, com o intuito de promover a integralidade do cuidado, a otimização de recursos e racionalidade dos gastos, o estabelecimento de mecanismos de governança e a atuação do Estado orientada pela lógica dos interesses coletivos e do SUS no espaço regional. A grande maioria dos municípios da federação é pequena – dos 5.570 municípios, 68% têm população menor que 20 mil habitantes (IBGE, 2015). Com essa realidade, os municípios encontram dificuldades financeiras e tecnológicas. A regionalização é uma estratégia para corrigir as desigualdades no acesso, a grande fragmentação dos serviços de saúde, por meio da organização funcional do SUS, com definição das responsabilidades dos entes federados e dos fluxos de referência.

Por meio da regionalização, a orientação da construção do SUS passa a ter como foco não mais o sistema municipal de saúde, mas sim o sistema regional de saúde. Desta forma, a

priorização, as escolhas e soluções serão determinadas pelo espaço geográfico, ou território, ou seja, pela região de saúde (Cajueiro, 2019).

É a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) que a regionalização é priorizada e entendida como uma estratégia de organização de redes regionalizadas de serviço, na ampliação do acesso e na diminuição de desigualdades (Chorny; Kuschnir, 2010).

Com objetivo de aprimorar o processo de descentralização a NOAS 01/2001 prioriza a regionalização adotando o planejamento integrado como macroestratégia de organização assistencial.

Segundo a norma:

A macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (Brasil, 2010).

A NOAS-SUS 01/01 estabelece três grupos de estratégias articuladas como forma de promover a descentralização com equidade no acesso: elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e diretrizes para a organização regionalizada da assistência; fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; e atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (Brasil, 2001).

Destaca-se, nesta norma, o PDR como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, com base nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. Cabe às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) e o encaminhamento ao Ministério da Saúde (Brasil, 2001).

Reeditada pela Portaria/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, a NOAS/2002 traz em seu escopo a orientação de reorganização dos sistemas de saúde por meio da regionalização, a fim de garantir a integralidade da assistência. Define, ainda, o papel do gestor estadual como mediador e coordenador do processo de regionalização, no sentido de “estimular a

regionalização da assistência através da organização de sistemas microrregionais de saúde, capazes de garantir economia de escala na compra de insumos e integralidade da atenção, a partir da implementação de redes de serviços que articulassem os vários níveis de atenção” (Paim; Teixeira, 2007, p. 1.822). O processo de regionalização pela NOAS está baseado no planejamento integrado, na compreensão de territorialidade, da conformação de sistemas funcionais de saúde (Brasil, 2002), organizado por regiões de saúde, módulos e redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas.

Noção de rede, de sistemas de saúde, foi descrita pela primeira vez através do *Informe Dawson*, pelo médico britânico Bertrand Dawson, no contexto pós-Primeira Guerra Mundial. O *Informe Dawson*, publicado em 1920 como modelo para construção do Serviço Nacional de Saúde (National Health Care – NHS), baseava-se na organização de um sistema como um conjunto integrado de serviços hierarquizado por níveis de complexidade, com caráter preventivo e curativo, a partir das características epidemiológicas de cada região de saúde. A discussão serviu de base para um sistema de saúde universal e equitativo, para países com sistemas de saúde universais, sendo também uma referência para o SUS. No entanto, a descentralização, “com ênfase nos municípios, acabou prevalecendo sobre a regionalização e hierarquização da rede de serviços do SUS” (Stuckenbruck, 2022, p. 18).

Um aspecto importante que o relatório demonstra é que a atenção hospitalar não se sobrepõe à atenção primária em valoração de importância; ambas eram entendidas como partes “indissociáveis” da rede (Chorny; Kuschnir, 2010, p. 2.309). Por meio do Relatório Dawson, a constituição de redes regionalizadas e hierarquizadas, sob responsabilidade do estado, é uma estratégia na garantia ao acesso e na diminuição das desigualdades sociais.

Para Preuss (2018, p. 329):

[...] as normas operacionais foram importantes instrumentos e contribuíram para descentralizar as ações e serviços de saúde; contudo, também criaram obstáculos aos municípios e à descentralização, pois exigiam o cumprimento de regras nem sempre compatíveis com sua realidade local, bem como não consideravam a diversidade do território brasileiro, suas características locais e regionais.

O contexto da desigualdade e a diversidade social e regional refletem diferentes tipos de necessidades de atenção e serviços de saúde, para uma grande população distribuída em um extenso território (Cajueiro, 2019, p. 28). Assim, a proposta do Pacto pela Saúde vem substituir a normatização excessiva, a lógica da habilitação, propondo uma nova forma de

pactuação de compromisso com a realização de um conjunto de ações e com seus resultados, conforme a realidade de cada município (Preuss, 2018, p. 330).

O Pacto pela Saúde, publicado na Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores – União, estados e municípios do SUS, em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde (Brasil, 2011).

O Pacto pela Vida estabelece um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados entre gestores, com base na definição de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. O Pacto em Defesa do SUS estabelece ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado, com o objetivo de consolidar a Reforma Sanitária Brasileira, estabelecido na Constituição Federal. O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades das três esferas de gestão (município, estado e federal) para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS, nos aspectos gestão do trabalho, educação na saúde, descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação das ações e serviços, monitoramento e avaliação, auditoria, participação e controle social (Brasil, 2006).

O Pacto insere novas estratégias para a regionalização baseadas na construção de responsabilidades pactuadas, tendo o território regional como espaço privilegiado, instituído pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR), caracterizado por instâncias de cogestão que “se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva” (Brasil, 2006, p. 21).

Na atualidade, as Comissões Intergestores Regional (CIR) – Decreto nº. 7.058/2011 – têm em sua composição gestores municipais e representantes da esfera estadual, e seu objetivo é desenvolver estratégias para a melhoria do acesso, redução das desigualdades regionais, aprimoramento da qualidade das ações de saúde, fortalecimento e aperfeiçoamento da gestão estadual (Viana *et al.*, 2008). Stuckenbruck (2022, p. 24) corrobora Rodrigues e Santos (2010), afirmando que as CIR “funcionam como uma espécie de condomínios, sem uma autoridade sanitária regional, capaz de tomar as decisões de gestão da rede regional de

serviços de saúde, dependente de complexos pactos entre os diversos municípios, que nem sempre se concretizam favoravelmente”. Isto se deve principalmente pelo fato de os municípios que compõem as CIR serem entes autônomos entre si. Para Rodrigues e Santos (2020), há necessidade de dialogar sobre a existência de uma estrutura de autoridade sanitária no SUS, que consiste no debate sobre a ausência de instrumentos legais que estabeleçam as autoridades sanitárias regionais, em que não existe uma definição clara de autoridade sanitária no Brasil. As CIR são entendidas como um “condomínio” frouxo, sem autoridade sanitária capaz de controlar os recursos humanos, físicos e financeiros, com ainda frágil papel dos estados, que acabou gerando regiões insuficientes, sem mecanismos de governança e prática de planejamento, organização e controle das redes de ações e serviços de saúde.

O Decreto nº. 7.508/2011 “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” (Brasil, 2011). A partir deste decreto, a organização dos serviços de saúde deve ocorrer por regiões de saúde; as redes de atenção à saúde são inseridas como importante elemento para a organização dos serviços na região de saúde e garantia da integralidade, reafirmando o conceito de regiões de saúde e instituindo o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP). (Reis *et al.* 2017).

O Decreto nº 7.508/2011 define região de saúde como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados” (Brasil, 2011, p. 4). Tem por finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

O COAP é um instrumento jurídico que explicita os consensos e compromissos pactuados pelos gestores em cada região, inclusive a alocação de recursos pelas três esferas de governo. Trata-se de um acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma região de saúde, visando garantir a integralidade da assistência aos usuários (Brasil, 2011) com definição de responsabilidades, de indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho (Reis *et al.*, 2017). Cabe destacar que o COAP não obteve adesão entre os estados, devido à complexidade no quantitativo de municípios existentes associado à estrutura de rede.

A regionalização também implica relação de poder nas relações público-privado nas regiões de saúde. Esse cenário evidencia a importância da construção de uma autoridade estatal no espaço regional conduzindo os processos de negociação de decisão política e demais situações. Nesse sentido, Cajueiro (2019, p. 29) dialoga sobre a pluralidade de atores e interesses: o processo de regionalização é muito complexo e envolve inúmeros aspectos: regulamentação, no caso, a regulamentação federal (NOAS/2001, Pacto pela Saúde/2006, Decreto 7.508/2011); institucionalidades (SES, CES, CIB, CMS, CONASS, CONASEMS, regiões de saúde, CGR/CIR), atores (União, estados, municípios, conselhos, comissões, setor privado), planejamento e gestão (planos, políticas, programas de governo, instrumentos), financiamento (vinculação, repasses intergovernamentais, recursos destinados à regionalização) e oferta de serviços (organização da região e da rede de serviços).

Abaixo, faremos uma breve descrição das instituições que contribuíram no processo de regionalização.

Secretaria de Estado de Saúde - SES

A SES tem participação na formulação das políticas e ações de saúde. Tem as funções de regulação, de formulação e avaliação de políticas de saúde, de negociação e coordenação da política estadual de saúde.

A Norma Operacional Básica nº 01/96 definiu o papel do gestor estadual: exercer a gestão do SUS estadual; promover condições para que os municípios assumam a gestão de saúde de seus munícipes; assumir, transitoriamente, a gestão de sistemas municipais e promover a harmonia, a integração e a modernização dos sistemas municipais.³

Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

É formado por Secretários de Saúde dos Estados e Distrito Federal (DF). Foi criado em fevereiro de 1982, como uma associação civil sem fins lucrativos, de direito privado, pautado pelos princípios do direito público, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. O principal objetivo do CONASS é fortalecer as Secretarias estaduais de Saúde, tornando-as

³ <https://www.conass.org.br/guiainformacao/funcionamento-da-administracao-publica-secretarias-estaduais-de-saude>

mais participativas na reconstrução do setor saúde e representá-las politicamente. Nos anos 2000, participou da publicação de Normas Operacionais da Assistência à Saúde n°s 01 e 02 (NOAS), do Pacto pela Saúde em 2006 que atendeu a uma reivindicação antiga do Conselho pela revisão do processo administrativo do SUS.⁴

Em 2011, com a publicação da Lei n° 12.466,⁵ que dispõe sobre as comissões intergestores do SUS, o CONASS, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e suas respectivas composições foram reconhecidas como entidades representativas dos entes estaduais e municipais nas instâncias do SUS, para tratar de matérias referentes à saúde.

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS

O CONASEMS, constituído agosto de 1989, é, nos termos do artigo 1° de seu Estatuto Social, uma associação civil, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de duração indeterminada. Tem por finalidade congregar as secretarias municipais de Saúde ou órgão equivalente e seus respectivos secretários ou detentor de função equivalente para atuarem em prol do desenvolvimento da saúde pública, da universalidade e igualdade do acesso da população às ações e serviços de saúde, promovendo ações conjuntas que fortaleçam a descentralização política, administrativa e financeira do SUS.⁶

Comissão Intergestores Bipartite - CIB

A CIB são espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. A CIB foi institucionalizada a partir de determinação da Portaria do Ministério da Saúde n° 545, de 20 de maio de 1993, que estabeleceu a Norma Operacional Básica SUS (NOB SUS) 01/93.⁷

Sua composição é paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, devendo ser criada e

⁴ <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/ESTATUTO-CONASS-2017-Assembleia-de-29.11.2017.pdf>

⁵ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm

⁶ <https://www.conasems.org.br/institucional/estatuto/>

⁷ <http://www.cib.rj.gov.br/>

formalizada através de portaria do secretário estadual de Saúde, sendo a instância de negociação e decisão quando aos aspectos operacionais do SUS⁸.

A Lei nº 12.466, de 26 de agosto de 2011, editada pela Presidência da República, trata da organização e funcionamento das Comissões Bipartite e Tripartite que são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, e reconhece o CONASS e CONASEMS como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde, sendo declarados de utilidade pública e de relevante função social (Brasil, 2011).

Colegiado de Gestão Regional - CGR

Configura-se como espaço de articulação permanente e contínua entre todos os municípios e o estado, na região de saúde, de pactuação, cogestão e de decisão. Atua mediante a identificação, definição de prioridades e pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva.

A CGR é composta por gestores de todos os municípios da região e representantes do gestor estadual.⁹

Comissão Intergestores Regional - CIR

Com a instituição do Decreto presidencial nº 7.508/11 e da Resolução CIT nº 01, de 29 de setembro de 2011, o CGR passou a ser denominado Comissões Intergestores Regionais (CIR). São instâncias de negociação intergovernamental responsáveis por pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços no âmbito regional. A CIR, no âmbito regional, está vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.¹⁰

⁸ https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html

⁹ https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume10.pdf

¹⁰ <https://www.saude.rj.gov.br>

Conselho Estadual de Saúde - CES e Conselho Municipal de Saúde – CMS

Os CES e os CMS são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do SUS em cada esfera de governo. Fazem parte da estrutura das secretarias de Saúde dos municípios, dos estados e do governo federal. Atuam em conformidade com as disposições estabelecidas nas Leis nºs 8.080 e 8.142 de 1990.

O Conselho Estadual de Saúde tem por finalidade deliberar sobre: a política de saúde do estado; a direção estadual do SUS; o regimento interno do CES e assuntos a ele submetidos pela Secretaria de Estado da Saúde e pelos seus conselheiros. E os Conselhos Municipais de Saúde têm por finalidade: acompanhar as verbas que chegam pelo SUS e os repasses de programas federais, na elaboração das diretrizes gerais da política de saúde e definição das metas com vistas ao alcance dos objetivos traçados para a política de saúde (acompanhar a execução do Plano de Saúde); na formulação das estratégias de implementação das políticas de saúde; e no controle sobre a execução das políticas e ações de saúde.

No que se refere aos conselhos de saúde na NOB 01/96: os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, com representação paritária e compostos por representantes dos governos, prestadores de serviços, profissionais de saúde (50%) e usuários (50%), atuarão na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.¹¹

Região de saúde

As regiões de saúde são lócus privilegiado de negociação intergovernamental e são referidas á implantação das Comissões Intergestores Regionais (CIR). Não estão subordinadas a um comando único, ou seja, somente há uma autoridade sanitária (ente federado) ou estrutura regional pelos estados (Lima; Albuquerque; Scatena, 2015, p. 8).

¹¹ http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf

1.2 O processo de regionalização da saúde no estado do Rio de Janeiro

Após as Normas Operacionais Básicas, o Ministério da Saúde editou documentos normativos, a Norma Operacionais a Saúde – NOAS (2001/2002) e o Pacto de Gestão (2006), com o objetivo de organizar, estimular a regionalização como estratégia e eixo estruturante da gestão do SUS. Por meio das normativas, o estado do Rio de Janeiro iniciou o processo de regionalização, coordenado pela SES.

Antes da publicação da NOAS/SUS (2001/2002), a Secretaria de estado de Saúde, no ano de 1998, criou a Comissão da Programação Pactuada Integrada (CPPI), através da Deliberação CIB-RJ nº 26, de 20 de outubro de 1998, com o objetivo de discutir uma nova metodologia de cálculo para o teto financeiro dos municípios. Em 2009, a SES/RJ definiu diretrizes para a PPI, por meio da Deliberação CIB-RJ nº 839, de 28 de janeiro de 2010, que objetivava “estabelecer parâmetros no intuito de organizar as redes de serviços, possibilitando transparência dos fluxos estabelecidos, que serão explicitados através de um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.” (Rio de Janeiro, 2010, s.p.).

No ano de 2001, foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização (PDR), documento que define a existência de nove regiões de saúde. Em 2007, foi criado o programa Saúde na Área, com a finalidade de aproximar a secretaria estadual das secretarias municipais de Saúde, através de visitas realizadas pelo secretário de Saúde do estado e sua equipe a regiões de saúde. Nesse mesmo ano, a SES aderiu ao Pacto de Saúde, assumindo o compromisso de coordenar o processo de regionalização.

No ano de 2009, a SES/RJ, em parceria com o COSEMS-RJ, realizou oficinas regionais para acolhimento aos novos gestores municipais, com objetivo de reconhecer as regiões de saúde, a criação dos Colegiados de Gestão Regional, e o fortalecimento do Planejamento Regional. No mesmo ano, foram realizados Seminários de Planejamento Regional, cujos produtos, tanto das oficinas regionais quanto dos seminários de planejamento regionais, foram a consolidação no desenho das regiões de saúde e a elaboração dos Planos de Ação regionais. O referido material também resultou no lançamento do *Caderno de Informações em Saúde*, que seria a base para atualização do PDR no ano de 2013.

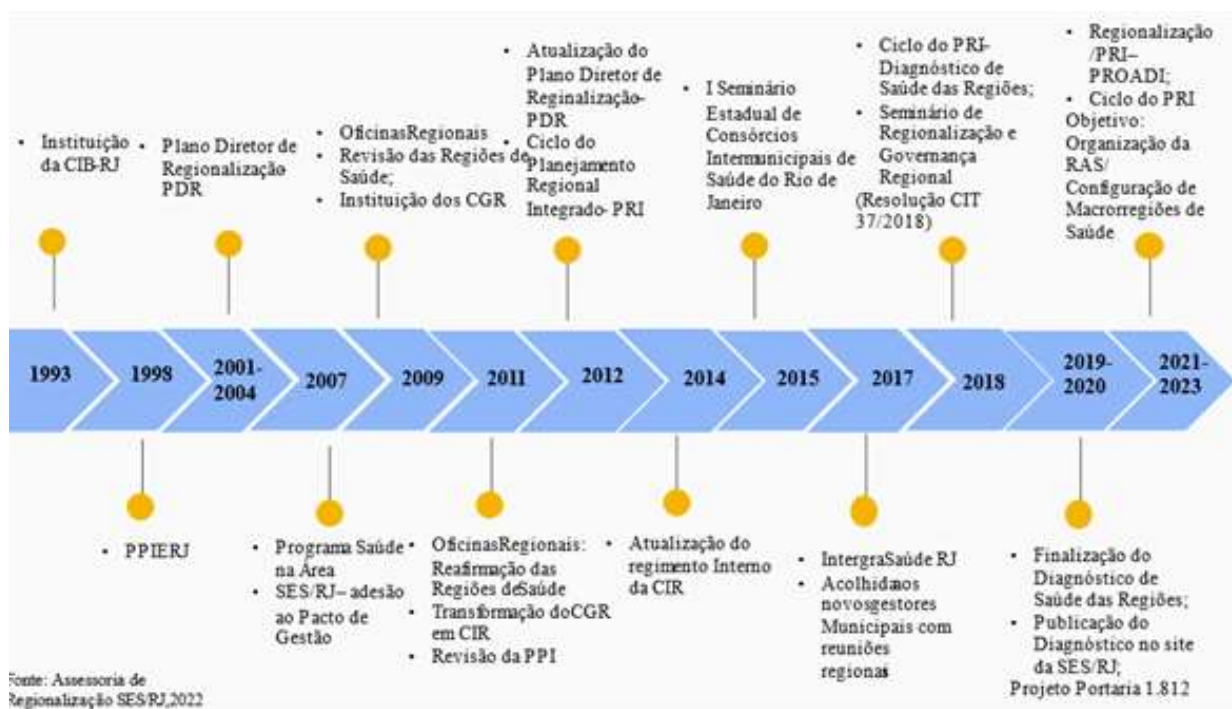
Em junho de 2011, com a publicação do Decreto nº 7.508 e da Resolução CIT nº 01, de 29 setembro de 2011, em que estabelece diretrizes gerais para a instituição de regiões de

saúde no âmbito do SUS, nos termos do Decreto nº 7.508/2011. O Colegiado de Gestão Regional (CGR) é substituído pela CIR, que é a instância de negociação intergovernamental responsável por pactuar a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde no âmbito regional de governança regional.

O Decreto nº 7.508 orientou o processo de revisão das regiões de saúde, através da Deliberação CIB-RJ nº 1.452, de 9 de novembro de 2011, e a atualização do Regimento interno da CIR com a Deliberação CIB-RJ nº 1.550, de 12 de janeiro de 2012.

A Figura 1 mostra os processos de regionalização no estado do Rio de Janeiro no período de 1993 a 2023.

Figura 1 – Processo de regionalização do estado do Rio de Janeiro no período de 1993 a 2023



Fonte: Assessoria de regionalização, 2022.

Nos anos seguintes (2012-2020), a SES/RJ prosseguiu na realização das oficinas de planejamento regional no âmbito da CIR. O PDR e o Plano Estadual de Saúde (PES) foram utilizados para subsidiar as discussões nas regiões de saúde e a revisão do Regimento Interno das CIRs, por meio da Deliberação CIB-RJ nº 2917, de 14 de maio de 2014.

Em 2015, a realização do I Seminário sobre Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), com o objetivo de compartilhar experiências e estimular a criação de consórcios nas regiões de saúde do estado.

Em parceria com o COSEMS/RJ, no ano de 2017, a SES/RJ realiza o Integra Saúde/RJ – acolhimento aos novos gestores municipais de saúde, com recepção no nível central da SES/RJ e posterior desdobramento no acolhimento nas regiões de saúde. E em 2018, foi publicada a Resolução CIT nº 37/2018, que propõe a discussão sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

O Planejamento Regional Integrado (PRI), pela normativa, será coordenado pelo estado com participação dos municípios e União, observando as seguintes orientações: responsabilidade sanitária do gestor local com seu território e a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a partir das regiões de saúde.

Com relação às macrorregiões, a normativa estabeleceu como critérios: conformação regional com escala necessária para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, baseada em um limite geográfico, independentemente de divisas estaduais, e um contingente mínimo populacional de 700 mil habitantes, exceto para os estados da Região Norte, cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes (Brasil, 2018). E para os estados das regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul, no caso de serem configuradas macrorregiões de saúde com contingente populacional entre 500 mil e 700 mil habitantes, a CIB deve encaminhar à CIT justificativa contendo os critérios adotados, para análise e parecer (Brasil, 2018).

O estado do Rio de Janeiro realizou, no mesmo ano, a discussão e pactuação da Deliberação CIB-RJ nº 5.370, de 14 de junho de 2018, que em caráter preliminar instituiu três Macrorregiões de Saúde propostas pelo Ministério da Saúde para o Estado do Rio de Janeiro.

- a) Macrorregião I: Regiões de Saúde Centro-Sul, Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande;
- b) Macrorregião II: Regiões de Saúde Metropolitana I, Metropolitana II e Serrana;
- c) Macrorregião III: Regiões de Saúde Noroeste, Norte e Baixada Litorânea.

Porém, no mesmo ano, a CIB-RJ revogou, em plenária, as três macrorregiões de saúde por meio da Deliberação CIB-RJ nº 5.630, de 13 de dezembro de 2018. Em 2021, a Bipartite pactuou uma única macrorregião de saúde para o estado do Rio de Janeiro – Deliberação CIB-RJ nº 6.475, de 12 de agosto de 2021. Nesse mesmo ano, as regiões de saúde realizaram

discussão do PRI e em 2020, e a Assessoria de Planejamento publicou nove cadernos referentes ao diagnóstico de saúde.

Em 9 dezembro de 2021, foi pactuada na CIB-RJ a Deliberação nº 6.636. Os integrantes do grupo condutor estadual do planejamento regional integrado (GCEPRI) deram início à agenda do PRI em consonância com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema único de Saúde (PROADI/SUS),¹² com o projeto “Fortalecimento dos processos de governança, integração e organização da rede de atenção à saúde: regionalização” operacionalizado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). O HAOC trabalha em fases, por meio do Guia Operacional Básico (GOB). O produto desse trabalho prevê, em suas etapas, a estruturação das RAS e a definição das macrorregiões. A figura a seguir apresenta a divisão das nove regiões de saúde no estado do Rio de Janeiro.

O estado do Rio de Janeiro possui 92 municípios, e nove regiões de saúde: Metropolitana I, Baía da Ilha Grande, Metropolitana II, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Serrana, Norte e Noroeste (Deliberação CIB nº 1.452, de 9 de novembro de 2011).

Figura 2 – Mapa do estado do Rio de Janeiro com divisão político-administrativa por regiões de saúde



Fonte: <https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/>.

¹² O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) foi criado em 2009 com o propósito de apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo Ministério da Saúde. O financiamento dos projetos advém de isenção fiscal concedida às instituições participantes.

1.3 Consórcio Intermunicipal de Saúde

A regionalização enfrenta desafios na sua efetivação, como dificuldades na integração e coordenação das ações e serviços nos diferentes espaços geográficos e, conseqüentemente, diferenças na gestão, no atendimento de necessidades e demandas da população com qualidade e custos adequados (Flexa; Barbastefano, 2020 *apud* CONASS, 2015).

Os desafios se refletem sobretudo nos municípios pequenos, na provisão de uma assistência integral à saúde, refletindo diretamente no atendimento de sua população e na manutenção destes serviços. Dessa forma, acentuam o aumento das disparidades locais e regionais e ainda o enfraquecimento do papel do estado na coordenação da política de saúde. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) surgem como uma estratégia, principalmente para a provisão de serviços.

Segundo Teixeira *et al.* (2003, p. 254), o “consórcio intermunicipal de saúde é uma iniciativa autônoma de municípios localizados em áreas geográficas contíguas que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços especializados e de apoio diagnóstico de maior densidade tecnológica à população das municipalidades participantes”. Nesse sentido, a formação de consórcios surge como uma estratégia dos municípios na superação das dificuldades de oferta de serviços.

A instituição de consórcios remonta ao ano de 1891, na 1ª Constituição Federal (CF), como contrato entre os entes; em 1937, previa os consórcios como pessoas jurídicas de direito público; no ano de 1967, na 5ª CF, estabeleceu que os consórcios são meros pactos de colaboração, sem personalidade jurídica. Na década de 80, a CF 1988, em seu artigo 25 §3º, estabelecia que os “estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum” (Brasil, 1988, p. 30). Com a vigência da emenda constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998, o Artigo 241 modificou sua redação e previu consórcios públicos e convênios de cooperação (Gomides, 2021, p. 49). Segundo o Art. 241:

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados,

autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

A formação dos consórcios está presente na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), no seu art. 10, estabelece que “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e serviços de saúde que lhe correspondam”. No Art. 18, inciso III, está expressa a competência municipal para “formar consórcios administrativos intermunicipais” e a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, em seu artigo 3º, define que “os municípios poderão estabelecer consórcios para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos...” (Rocha, 2004, p. 38).

Os consórcios públicos na área da saúde deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulamentam o SUS. Dessa forma, ficam resguardadas as especificidades de prestação de serviços de saúde e os critérios de repasse de recursos para os municípios regulamentados pela legislação.

O consórcio está estreitamente relacionado a cada um dos sistemas municipais, na medida em que desenvolve ações destinadas a atender necessidades das populações desses sistemas. Essa relação deve pautar-se na igualdade entre os municípios, ou seja, preservando a decisão e a autonomia dos governos locais, e não admitindo subordinação hierárquica a um dos parceiros. É um instrumento, e não uma nova instância; portanto, não configura uma nova instância no âmbito do estado, intermediária ao município (Brasil, 1997).

No ano de 2005, entrou em vigor a lei dos Consórcios – Lei nº 11.107, que “dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências”. Por meio da lei, os consórcios são classificados em Consórcio Administrativo, regido pelo direito público, consórcio público de direito público e Consórcio público de direito privado. (Gomides, 2021, p. 49).

Gomides (2021, p. 51) explicita, ainda, a classificação dos consórcios:

- a) Consórcio administrativo – contrato formado entre associações civis regidas pelo direito privado.
- b) Consórcio público de direito público – assume a forma de associação pública e integra a administração indireta das entidades que compõem o consórcio e

adquire personalidade jurídica em vigência da lei de ratificação dos protocolos de intenções.

- c) Consórcio público de direito privado – associação regida pelas leis do direito civil. Adquire personalidade jurídica com inscrição em registro civil de pessoa jurídica e deve obedecer a algumas regras do direito público, tais como realização de licitações, celebração de contrato administrativo, admissão de pessoal e prestação de contas.

A forma jurídica do Consórcio Intermunicipal de Saúde (Lima, 2000, p. 990 *apud* Torres, 1995) explicita que os consórcios não possuem personalidade jurídica, e sim um acordo entre municípios envolvidos. A personalidade jurídica é o município, e uma vez que os objetivos dos municípios sejam a produção de recursos junto à União, estes devem constituir uma personalidade jurídica - Consórcio Intermunicipal de Saúde - que será autorizado pela Câmara dos Deputados de cada município, possibilitando assumir direitos e obrigações.

Lima (2000, p. 990) esclarece que os consórcios intermunicipais com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, devem seguir a expressão sociedade civil, uma vez que utilizam recursos públicos dos municípios com objetivo de viabilizar assistência à saúde a população.

A composição dos municípios nos consórcios não segue uma lógica, assim como não necessita seguir o recorte territorial das regiões de saúde e ou da CIR, ou com outra divisão político-institucional. É uma escolha autônoma, permeada por interesses e objetivos de cada município. Lui *et al.* (2000) destacam uma possível fragmentação nessa organização autônoma dos consórcios, “em que os esforços não se orientam pelo mesmo objetivo, indo na contramão das estratégias de coordenação e cooperação das esferas de gestão de políticas de saúde” (Lui *et al.*, 2000, p. 5.066).

A gestão do consórcio é de absoluta autonomia dos municípios que o compõem. A estrutura do consórcio basicamente é composta de Conselho de Prefeitos, Conselho de Secretários Municipais de Saúde ou Conselho Técnico Consultivo e Conselho Fiscal ou curador. O órgão máximo de um Consórcio é o Conselho de Prefeitos, que possui caráter deliberativo e é responsável pela condução política e administrativa. Esta Comissão nomeia uma coordenação executiva do serviço, normalmente composta de um coordenador geral, um técnico e um administrativo; o Conselho de Secretários Municipais de Saúde possui atribuição técnico-operacional; e o Conselho Fiscal é espaço de discussão e fiscalização dos

encaminhamentos institucionais. Nesse espaço, a participação do controle social é fundamental (Lima, 2002; Rocha, 2004).

O financiamento dos consórcios advém de três fontes, segundo Rocha (2004):

- a) Por quotas dos municípios consorciados, por critérios populacionais e/ou utilização dos serviços.
- b) Por recursos provenientes diretamente do SUS e das Secretarias estaduais de Saúde, tais como equipamentos, materiais, repasse de medicamentos, cessão de recursos humanos e pagamentos de serviços de vigilância. E ainda,
- c) Por contribuição voluntária das prefeituras.

Estudos apontam que os consórcios possibilitam aos municípios ganhos em escala na aquisição de insumos e medicamentos, organizam demandas e provisão de serviços especializados, incentivam a cooperação intragovernamental e a realização de projetos regionais. Dadas essas características, o consórcio é entendido como um arranjo institucional que contribui no fortalecimento da regionalização (Flexa; Barbastefano, 2020).

A criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde, como enfrentamento das dificuldades advindas do processo de descentralização do SUS, e ainda como forma de otimização de recursos, é encarada como uma nova prática de gestão, principalmente para os municípios de pequeno porte.

Fato interessante é que o consórcio, ao pleitear recursos, projetos de interesse para o conjunto de municípios consorciados aos entes federados como estado e União, consegue fortalecer o município pequeno que até então teria dificuldades para conseguir visibilidade perante os demais entes, uma vez que não possui representação política significativa e recurso financeiro. Outra questão importante é a não participação das capitais no consorciamento. Para Lima (2000), isso se deve à tendência de os consórcios, em sua grande maioria, praticarem para municípios do interior do país, como instrumento no auxílio à gestão.

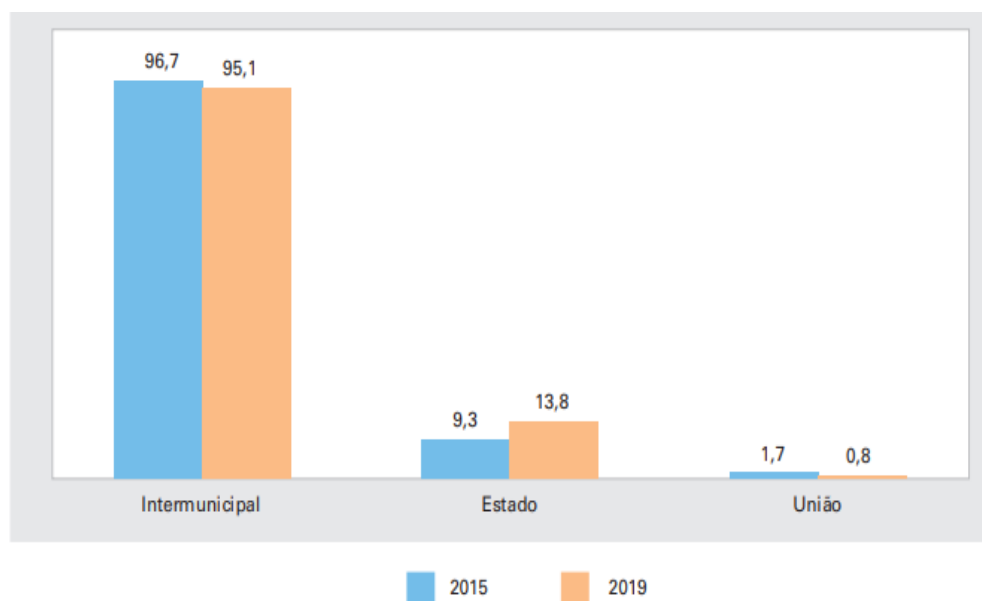
A fragilidade das finanças municipais, a complexidade do processo político de construção de parcerias e a manutenção dessa coesão política que pode ser inviabilizada (Rocha, 2004) são desafios para os consórcios Intermunicipais de saúde, conforme destacamos.

- a) **Inadimplência:** Ausência de pagamento do município da sua quota para o consórcio, problema que interfere diretamente no financiamento das ações do consórcio e participação do município. Algumas medidas, como sanções, são adotadas, como a suspensão da prestação de serviços para a população dos municípios inadimplentes. A decisão de suspender o atendimento à população do município em débito fere os princípios normativos da CF88, que garante a universalização do acesso aos serviços essenciais à vida. A literatura descreve a situação de inadimplência como *free rider* (efeito carona), que seria a contínua utilização dos serviços do consórcio pela população do município inadimplente.
- b) **Componente político:** Vital no arranjo institucional do consórcio, a não coesão política pode gerar incertezas no cumprimento dos contratos e, conseqüentemente, favorecer a baixa sustentabilidade dessas associações. Para Rocha (2004, p. 61), “interesses políticos podem induzir o gestor municipal a descumprir suas obrigações com o consórcio, pois os gestores municipais não têm necessariamente os mesmos interesses”. O fortalecimento do CIS resulta em benefícios para a população dos municípios consorciados e vai depender de sua coesão política.
- c) **Divergência de interesses:** Determinante na decisão de participação de um consórcio intermunicipal de saúde. Quando há situações comuns aos municípios consorciados, como semelhança de rendas e de preferências pela provisão da saúde pública, tem-se o interesse em consorciar-se. No entanto, quando não há similaridade entre os municípios, o interesse, principalmente dos municípios com melhor cenário financeiro, é voltado para o consorciamento apenas para obter ganhos tecnológicos com os municípios mais pobres.
- d) **Sustentabilidade:** A confiança e os interesses políticos entre os representantes municipais são necessários para a sustentabilidade do consórcio. A manutenção de um consórcio não pode estar vinculada à mudança das gestões municipais. Sendo assim, “é necessário, então, que existam ‘cláusulas’ estabelecidas no consórcio, como em qualquer contrato, que permitam que a sua continuidade não esteja vinculada, exclusivamente, aos interesses individuais dos gestores dos municípios consorciados” (Rocha, 2004 p. 59).

Como relação ao consorciamento em nível de Brasil, foi utilizada a pesquisa de Informações Básicas (MUNIC), que é um levantamento de informações sobre a estrutura, a

dinâmica e o funcionamento das instituições públicas municipais, tendo como informante principal, a prefeitura, por meio dos diversos setores que a compõem,¹³ inclusive sobre Consórcios, nos anos de 2015 e 2019.

Figura 3 - Percentual de municípios com consórcios públicos, segundo o tipo de parceria, de 2015 a 2019



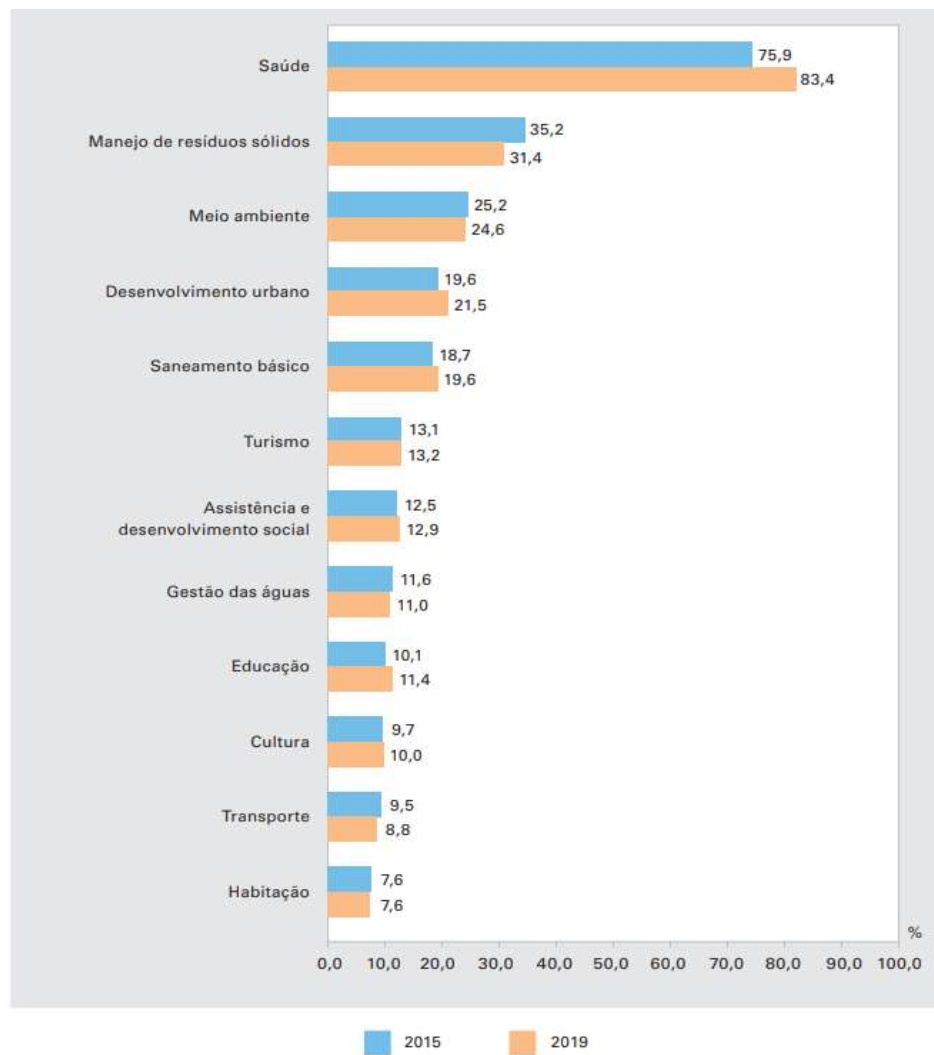
Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2015/2019.

Observa-se que, nos períodos pesquisados, não houve diferenças referente a novos consorciamentos entre os municípios. Fica evidente que as relações de consórcio se dão no âmbito municipal, seguido com o estado e a União, ainda de forma muito incipiente.

Embora a iniciativa nos estados seja pequena, houve um crescimento no ano de 2019.

¹³ <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?edicao=18195&t=o-que-e>

Figura 4 - Percentual de municípios com consórcios públicos, segundo a área de atuação, de 2015 a 2019



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2015/2019.

1.4 O processo de implantação de consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro

No final da década de 1990, a SES/RJ iniciou o movimento de inclusão dos consórcios na política de saúde no estado através de um movimento protagonizado pelo COSEMS-RJ, em parceria com o Núcleo Superior de Estudo Governamentais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NUSEG/UERJ), na indução de consórcios intermunicipais de saúde (Lima *et al.*, 2020).

Como mencionado anteriormente, a implantação dos consórcios no estado do Rio de Janeiro aconteceu no final dos anos 90. Embora esse movimento tenha se iniciado no país na década de 80, o consórcio Hemolagos foi criado no ano de 1988, com o objetivo de organizar a hemorrede na região da Baixada Litorânea; na ocasião, a SES/RJ realizou repasses de recursos para obra e equipamentos por meio de convênio. A partir de 1997, as demais regiões do estado estabeleceram consórcios – Noroeste, Centro-Sul, Médio Paraíba e Baixada Fluminense (Schneider, 2001, p. 54).

Lima *et al.* (2010) destacam a priorização dos consórcios pela SES/RJ no governo Garotinho, que passaram 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 (Lima *et al.*, 2010, p. 11).

A SES/RJ, no ano de 2015, realizou o I Seminário de Consórcios Intermunicipais de Saúde, com o objetivo de fomentar a criação de consórcios de saúde no âmbito do estado do Rio de Janeiro, nas regiões de saúde e de troca de experiências – na ocasião, contava com participação de consórcios de outros estados, como de Minas Gerais. No ano de 2021, realizou-se na Câmara dos Deputados do Rio de Janeiro, o 1º Fórum dos Consórcios de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, intitulado “A regionalização da saúde e os consórcios públicos”.

Também no mesmo ano foi sancionado o projeto de Lei nº 3.833/2021, autorizando o governo do estado a participar de consórcios públicos intermunicipais para a gestão dos serviços de saúde. O projeto autorizava o governo do estado a repassar para os consórcios recursos do Fundo Estadual da Saúde, desde que deliberado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB-RJ) e pelo Conselho Estadual de Saúde. O repasse de bens e equipamentos do acervo estadual também seria autorizado. A justificativa para a sanção do projeto de Lei reafirma que os consórcios municipais são um importante instrumento de gestão pública na superação de desafios locais, para ampliar e otimizar a oferta de serviços de saúde.¹⁴ Em 4 de novembro de 2021, foi sancionada a Lei nº 9.447, autorizando o Poder Executivo a participar de consórcios intermunicipais de saúde e desenvolvimento em regime de gestão associada na execução de políticas públicas de saúde. A lei possui um veto no §5º.

Na mesma publicação em Diário Oficial, o projeto de Lei nº 3.833/2021, que originou a lei mencionada acima, tem a justificativa do veto referente ao §5º, que versa sobre o Conselho Estadual de Saúde, em que deliberaria em conjunto com CIB previamente sobre o repasse de recurso financeiro. A justificativa do veto se baseia na Lei nº 8.142/1990, que prevê no § 2º do artigo 1º que o Conselho Estadual de Saúde tem caráter fiscalizador no âmbito financeiro.

¹⁴ <https://www.alerj.rj.gov.br/>

2 ASPECTOS INFLUENCIADORES NA REGIONALIZAÇÃO

Importante destacar três aspectos que influenciam na regionalização. O sistema federativo, entendendo a natureza do sistema federativo que define as ações da União, estados e municípios. O município, como ente federado e importante no cenário político no que diz respeito ao processo eleitoral do país, influenciando nas relações políticas, na operacionalização da política de saúde no estado e municípios, na implementação da regionalização e na estabilidade dos consórcios intermunicipais. O predomínio do setor privado, que vem ocupando espaço de peso na oferta e prestação dos serviços, na gestão de unidades do SUS, na contratação de RH, em que a grande maioria das tratativas não são de conhecimento nos fóruns de discussão regional.

Sistema federativo brasileiro

Somos um país singular no que diz respeito a sua extensão, com uma organização federativa composta pela União, 26 estados, o Distrito Federal e 5.570 municípios, considerados entes federados, autônomos política e administrativamente com uma diversidade em tamanho de população, desenvolvimento socioeconômico e capacidades estatais.

Para Soares, federalismo é definido como:

Uma forma de organização do poder político no Estado nacional caracterizado pela dupla autonomia territorial. Isto significa a existência de dois níveis territoriais autônomos de governo: um central (o governo nacional) e outro descentralizado (os governos subnacionais). Os entes governamentais têm poderes únicos e concorrentes para governarem sobre o mesmo território e povo, sendo que a União governa o território nacional e seus cidadãos, enquanto as unidades subnacionais governam uma parte delimitada do território nacional com seus habitantes. Ambos atuam dentro de um campo pactuado de competências. (Soares, 2013, p. 3).

O federalismo, como uma forma de Estado, se contrapõe a outras duas formas modernas: o Estado unitário e o Estado confederado. O Estado unitário é caracterizado pela centralização política, “entendida essa como a concentração exclusiva de poder soberano no governo central, de forma a assegurar relações de hierarquização e subordinação das unidades territoriais em relação a esse governo” (Soares; Machado, 2018, p. 14). Ou seja, não tem autonomia política subnacional, embora haja descentralização (política, administrativa, legislativa e fiscal), há uma autonomia para as unidades territoriais frente ao poder político

nacional, e a relação hierárquica entre os entes territoriais é mantida. Por outro lado, há a centralidade política na nomeação dos governantes, poder que é exercido pelos ocupantes de cargos centrais, e não autonomia política subnacional (Soares; Machado, 2018).

O Estado confederado se diferencia do Estado unitário pela descentralização e se diferencia do Estado federal por dois aspectos voltados para experiências mundiais: a soberania política das unidades territoriais frente à comunidade internacional e o direito de secessão. Constituem-se como a união de entes territoriais soberanos para propósitos bem específicos e relacionados com interesses compartilhados. O objetivo da confederação é unir Estados nacionais, e não seus territórios (Soares; Machado, 2018).

O federalismo brasileiro tem sua origem na conformação histórica do país, mas precisamente no período do Império. A União exerce papel central na esfera do poder na regulação e definição de papéis dos entes subnacionais, garantindo os arranjos políticos como os estados e municípios e na garantia da integralidade do espaço territorial.

Lopreato (2022, p. 2) explicita a desigualdade social e receita tributária como aspectos do federalismo brasileiro:

A desigualdade regional e as diferenças de receita tributária disponível per capita constituem outros traços perenes do federalismo brasileiro. A dinâmica econômica engendrou o poder de cada região e deu lugar a um arranjo político peculiar, marcado pela força desigual dos entes federativos. O sistema tributário pouco fez para atenuar esse quadro de desigualdade e a constituição de um sistema de partilha de caráter distributivo, apesar de amenizar o problema, não o resolveu e deixou a questão em aberto, à espera de políticas capazes de enfrentá-la.

O regime federativo tem sua origem na Constituição federal de 1891, com o Pacto Imperial, anterior à Constituição. Há o ato adicional de 1834 e a revisão conservadora de 1840; em ambas, o poder central tinha por objetivo garantir a unidade do território nacional. O Pacto Imperial definia as competências entre as esferas de governo e a garantia do governo central de tratar as questões de mais abrangentes das diversas áreas em toda nação. Havia o domínio das elites provinciais na manutenção do poder local, como a ocupação nas câmaras na defesa de seus interesses. Os governos das províncias eram responsáveis pela política local, com autonomia financeira (Lopreato, 2022).

Nesse período, o presidente nada mais era que um articulador dos interesses do centro e da província, visando garantir a eleição dos candidatos da corte.

O sistema, por seu caráter descentralizado e de respeito às condições locais, referendou as diferenças regionais. A inexistência de uma política regional

capitaneada pelo centro acatou a assimetria de renda e atrelou à capacidade econômica de cada província diferentes graus de autonomia no controle dos gastos. O arranjo, embora favorável às unidades ricas, também contemplou os interesses das elites de unidades periféricas, já que garantiu a elas meios de acesso ao orçamento do centro e condições de manterem o pacto de dominação local. (Lopreato, 2022, p. 7).

A descentralização das relações entre o centro e as províncias diverge na relação das províncias com os municípios, que se caracterizavam por uma “subordinação e a dependência da autoridade local em relação ao poder provincial, reforçando o papel desta esfera de governo na estrutura federativa” (Lopreato, 2022, p. 7). Essa dependência era marcada, principalmente, pela baixa receita dos municípios que dependiam do orçamento das províncias.

O Pacto de 1891 tem sua construção no arranjo imperial, com o fortalecimento das oligarquias regionais e o amadurecimento das questões que permearam esse período, sobretudo na questão política, no que diz respeito aos domínios e estrutura do governo federal na ordem federativa.

Os representantes de unidades de alto poder econômico, sobretudo paulistas e mineiros, sem ferir a autonomia estadual, frearam a descentralização radical e respaldaram as demandas do governo central evitando a perda da capacidade de atuação do poder federal, ao mesmo tempo em que contemplaram os interesses estaduais. (Lopreato, 2022, p. 8).

O poder estadual com a República se fortalece na figura dos governadores representando a elite local, com autonomia nas ações, reforçando o poder das oligarquias locais. Esse cenário não impactou o papel do centro, em que o poder do Império era limitado, principalmente porque os presidentes de províncias eram meros atores na articulação de seus interesses. Os estados possuíam constituição e leis próprias desde que respeitassem a Constituição da União.

A Constituição de 1891 realizou debates sobre propostas de autonomia municipal, mas manteve o domínio das elites estaduais sobre os interesses dos entes locais.

No período do regime Vargas, o arranjo federativo decorreu do poder da regulação federal. Com a crise econômica do café, a revolução de 1930 e o cenário de dificuldades no âmbito dos estados, houve a oportunidade de ampliar a capacidade e atuação do governo federal, com o objetivo de impulsionar programas de desenvolvimento e na busca de resolução para a crise. Embora o perfil do governo fosse de centralização administrativa,

ocorreram modernizações no aparelho estatal na criação de instituições para o combate da crise, intervenção na área econômica com estruturação de órgãos regulatórios nas áreas de câmbio, criação de autarquias e comissões executivas com o objetivo de obter informações, instrumentalizar e racionalizar as ações do setor público (Lopreato, 2022).

Apesar da centralidade administrativa e da presença de representantes do governo na esfera estadual, advindos do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), que tinham escritórios regionais nos estados conhecidos como “daspinhos”, acabava-se cedendo aos arranjos estaduais nomeando políticos dos próprios estados, preservando as estruturas políticas regionais e o poder estadual (Lopreato, 2022).

Com a queda de Vargas, o novo cenário favorece o poder dos estados nas articulações de interesses regionais e a força das representações políticas. No que se refere ao arranjo federativo, destaca-se a valorização do legislativo e de uma diversidade de atores e grupos com interesses específicos, as ações deixam de ser centralizadas e concentram-se na força política, na capacidade de cada ator, fortalecendo os governadores. Embora tivessem ganhos com o retorno do cenário democrático, o papel dos municípios pouco se alterou no arranjo federativo, ainda dependentes do poder estadual, mantendo cenários semelhantes aos anteriores. Os estados fortalecidos tiveram crescimento na área política e financeira e sustentaram o papel estratégico no arranjo federalista.

Em 1947, a participação dos estados na receita tributária evidenciou um crescimento. Os municípios, por sua vez, mantiveram posições como do período anterior, variando ao longo do tempo, e sem mudança de tendência da repartição da receita tributária (Lopreato, 2022).

Com relação ao cenário dos municípios, não houve impactos bruscos em seu papel no arranjo federativo. Com a Constituição de 1946, houve a garantia da autonomia nas eleições municipais (prefeito e vereadores), na arrecadação e aplicação de recursos, no valor dos tributos de sua competência, na organização de serviços locais, acarretando um controle dos recursos.

Com o golpe militar, o governo centralizou e ampliou o domínio sobre os recursos financeiros e fiscais. Os governos estaduais perderam espaço político no cenário federativo. Os municípios, sem recursos advindos da distribuição tributária, ainda mantinham posição de dependência do orçamento da administração estadual, conforme cenários anteriores. Por outro

lado, os estados utilizavam o poder da barganha com os municípios na troca de favores para apoio político.

O governo federal promoveu a centralização dos recursos tributários e ampliou o domínio sobre fontes financeiras usadas no financiamento de várias áreas. Além disso, alterou as relações com os governos subnacionais por diferentes caminhos. A institucionalização de um sistema de partilha com transferências vinculadas e o uso das instituições de crédito oficiais por meio de empréstimos condicionados permitiram o controle de parcela dos gastos públicos realizados pelos entes subnacionais, que perderam a autonomia até então existente na tomada de decisões (Lopreato, 2022, p. 21).

Com o fim do regime militar, os governos não possuíam condições de enfrentar a crise fiscal e propor novo arranjo federativo. Destaca-se a eleição de governadores por voto popular. Os atores que detinham algum poder de ação utilizaram Tesouro, empresas e bancos estaduais como alternativa para evitar cortes de despesas e manutenção dos gastos em áreas prioritárias, apesar do cenário de fragilidade financeira.

A partir do governo FHC, o arranjo federativo foi revisto. O novo desenho federativo tinha três pilares, segundo Lopreato (2022, p. 27): “i) a descentralização das políticas públicas; ii) o aumento da concentração de poder na esfera federal e o controle das estruturas dos programas de gastos e do modelo de execução das políticas públicas pelos entes subnacionais; e iii) a perda de relevância do papel dos estados na federação brasileira e o avanço dos municípios”.

O redesenho federativo possibilitou à União o controle fiscal e a definição de encargos e arranjos na estruturação das políticas públicas, dando atenção principalmente aos municípios, com o incremento de recursos federais em vários programas. Atenta-se para a obrigatoriedade de contrapartida financeira dos estados e municípios para recebimento dos repasses financeiros. Os estados perderam sua hegemonia no arranjo federativo, em grande parte do agravamento da crise fiscal.

O crescimento moderado do governo Lula possibilitou frentes de investimentos para os estados, mas não houve mudança na posição destes na estrutura federativa. Lopreato (2022, p. 31) explicita que o modelo federalista vigente aboliu características do regime militar e os anos de liderança estadual, inaugurando um cenário chamado federalismo centralizado, onde o governo federal dita as regras e condutas nas diversas áreas assim como na atuação dos estados e municípios.

A tradição federalista do protagonismo dos estados deu lugar aos municípios, onde os prefeitos têm novo posicionamento na arena política.

Município – Base do sistema político-eleitoral

O município brasileiro é considerado, pela Constituição Federal de 1988, ente federado, conforme art. 18: “A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição. (EC nº 15/96)” (Brasil, 1998, p. 25).

O país possui 5.570 municípios com autonomia política, financeira e administrativa com grandes heterogeneidades, “a grande maioria dos municípios brasileiros é de pequeno porte: mais de 2/3 deles têm menos de 20 mil habitantes; quase 90% têm menos de 50 mil habitantes” (Rodrigues; Santos, 2014, p. 745). Embora as Constituições anteriores manifestassem o discurso da autonomia, os municípios não se mostravam como parte da Federação.

Assim como em Portugal, no Brasil os municípios constituíram a base para formação do Estado brasileiro e para o sistema de poder político no país. Os municípios foram fundados pelos portugueses, e sua origem vem pela divisão territorial – capitânicas hereditárias, com o surgimento de vilas, que deram origem aos primeiros municípios, como a Vila de São Vicente, que se tornou São Paulo (Peres, 2002).

Com o distanciamento das vilas entre as metrópoles, cada território traçava suas próprias decisões. Na tentativa de manter o domínio, foram criadas as Câmaras Municipais, que eram controladas pelos proprietários de terra, conhecidos como “homens-bons” e estes detinham o poder do voto, ou seja, a organização do poder público era ligada à propriedade fundiária (Rodrigues, 2021). Nesse período, já se desenhava o processo político eleitoral do país.

Na Constituição de 1824, tem-se a instituição das Câmaras Municipais. A primeira a ser criada foi a de São Vicente, em 1532. Em todas as cidades e vilas havia o reconhecimento da autonomia municipal, mas ignorava-se a questão da autonomia financeira. Importante destacar que no período de 1980 e 1930, o voto era proibido para analfabetos, mulheres, estrangeiros e demais minorias, restando 10% da população apta para votar (Cardoso, 2010, p. 177 *apud* Rodrigues, 2021, p. 5).

Na elaboração da Constituição de 1891, pregava-se na Assembleia Constituinte, segundo Leal (1997, p. 98 *apud* Rech, 2000, p. 78), “que o município está para o Estado na mesma relação em que este se encontra para a União. Se o federalismo tem como princípio básico a descentralização, política e administrativa, seria perfeitamente lógico estender a descentralização à esfera municipal”. A visão de descentralização foi sustentada apenas no discurso, pois nunca se concretizou em princípios constitucionais adequados à autonomia administrativa defendida (Rech, 2000). O período da Primeira República é marcado pelo coronelismo – grandes fazendeiros e líderes do poder local. Os coronéis detinham o poder no processo eleitoral, no apoio dos governadores e na garantia de votos locais. Os prefeitos passaram a ser eleitos e nomeados pelos governadores, que por sua vez tinham o mandonismo dos coronéis que controlavam e manipulavam o processo eleitoral.

A Constituição de 1946 avançou na autonomia dos municípios, garantindo a organização dos próprios serviços, mais foi pouco efetiva à garantia de recursos suficientes para atender a esta mesma autonomia. Nesse sentido, Leal (1997, p. 115 *apud* Rech, 2000, p. 79) afirma que a “autonomia dos municípios foi garantida: pela eleição do Prefeito e dos vereadores, pela administração própria, no concernente ao seu peculiar interesse”.

Com a redemocratização do país em 1985, os municípios passaram a ter autonomia e definição de papéis frente a atribuições governamentais.

Na Constituição de 1988, apesar dos avanços, constituindo-se o município em ente federativo, sob o princípio da autonomia, encontram-se ainda duas questões que são essenciais para que o Estado atenda cada realidade local com eficiência, na execução de políticas públicas que garantam o mínimo de qualidade de vida à população.

Trata-se aqui da autonomia financeira dos municípios e da diversidade das realidades brasileiras que necessitam de atenções especiais. Uma está relacionada com a outra. Sendo desiguais, não podem os municípios ser tratados como iguais. Cada diversidade necessita de políticas adequadas que possam assegurar direitos fundamentais que ainda não são garantidos a uma imensa parcela da população. Mas, no Brasil, ainda desiguais são tratados como iguais (Rech, 2000, p. 88).

Para Rodrigues e Santos (2001, p. 107):

[...] o sistema político-eleitoral brasileiro é de base municipal, o que estimula a competição entre os políticos de municípios vizinhos por votos nas eleições estaduais e municipais e dificulta a manutenção de acordos mais permanentes entre os municípios.

Diferentemente de alguns países em que o sistema político-eleitoral é organizado por distritos eleitorais, no Brasil a eleição para os cargos eletivos tanto estaduais quanto federais faz com que os candidatos percorram estados e na busca de alianças nos municípios. A grande maioria dos municípios são pequenos; sendo assim, as campanhas eleitorais precisam buscar votos em outros municípios, principalmente nos vizinhos, o que estimula a competição entre municípios próximos (Suckenbruck, 2022).

As alianças locais são decisivas nas eleições municipais e Peres (2002, p. 47) enfatiza a importância das alianças locais: “O sucesso eleitoral dos parlamentares estaduais e federais depende, assim, de sua capacidade de organizar alianças locais e eles têm, por isso mesmo, grandes dificuldades para aprovar qualquer iniciativa que seja interpretada como prejuízo para o poder local”.

O predomínio do setor privado

As deficiências na oferta pública de serviços de alta complexidade, gerando vazios assistenciais, contribuem para o crescimento do setor privado, principalmente no complemento desses serviços no âmbito público. Embora a Legislação trate sobre o financiamento na Lei nº 8.142/90, o setor privado segue se expandindo, apoiado pelo Estado por meio de renúncias fiscais. O domínio do setor privado abrange a indústria de bens e serviços, equipamentos, insumos, medicamentos e seguros privados de saúde. A mesma tendência acontece com os consórcios na compra direta de serviços, na gestão de unidades de saúde.

A Lei nº 8.142/1990 versa sobre as transferências, entre governos, de recursos financeiros, e a Lei complementar nº 141/2021 regulamenta a Emenda Constitucional nº 29, sobre a participação a União, estados e municípios no orçamento da saúde.

O financiamento do SUS é basicamente constituído por receitas fiscais como impostos gerais, contribuições sociais, desembolso direto. Apesar de toda construção de uma política de acesso universal e financiamento tripartite, o setor privado na saúde do país tem seu crescimento cada vez maior em detrimento do setor público de saúde.

Segundo Figueiredo *et al.* (2018, apud Silva; Rotta, 2012), em estudo sobre gastos em saúde no período entre 1995 e 2007, o gasto nacional foi maior no setor privado em relação ao setor público. Isso vem corroborar, segundo Rodrigues (2016), que os gastos com saúde no

país são maiores no setor privado em 53% (do total), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Como esse cenário no país se fortalece em detrimento do setor público de saúde?

Ao longo dos anos, verifica-se apoio do Estado brasileiro, no incremento de legislação que vem fortalecendo o setor, com a Lei nº 5.172/1966, que dispõe sobre o sistema tributário nacional, a Lei nº 4.506/1964 e a Lei nº 9.250/1995, que beneficiam o setor privado da saúde com subsídio fiscal, permitindo que seja descontado no imposto de renda 100% dos valores gastos, seja por pessoas físicas ou jurídicas com serviços e seguros privados de saúde.

Rodrigues (2016, p. 3) explicita que “tais subsídios são volumosos, como mostra estudo do IPEA, só em 2011, essa renúncia fiscal foi de R\$ 15,807 bilhões, representando 22,5% de todo o gasto federal em saúde. Desta forma, tanto as empresas de seguro privado de saúde, quanto os prestadores privados de serviços de saúde que são competidores diretos do SUS por recursos financeiros, contam com a vantagem do subsídio fiscal público.”

Durante o regime militar, o Decreto-lei nº 200/1967, que dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabeleceu diretrizes para a Reforma Administrativa, privilegiando o setor com a contratação de serviços privados de saúde pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), onde em seu artigo 156, §2º “Na prestação da assistência médica, dar-se-á preferência à celebração de convênios com entidades públicas e privadas, existentes na comunidade”. No ano de 1974, com a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) – que são recursos originários de loterias (federal e esportiva) e de saldos operacionais da Caixa Econômica Federal (CEF), que passaram a ser destinados ao financiamento de investimentos em áreas sociais, administrados pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES), por meio da Lei nº 6.168/1974 –, tem-se a indução de recursos para construir, reformar, equipar e ampliar clínicas e hospitais privados, através da tomada de empréstimos.

Em seu capítulo da Saúde, a Constituição Federal de 1988 garante a participação do setor privado como prestador de serviço no SUS.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2o É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3o É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4o A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (Brasil, 1988, p. 120).

Demais medidas foram sendo criadas ao longo dos governos, como a Portaria GM/MS nº 531/1999, que cria o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), que trata da transferência de recursos federais para procedimentos de alta complexidade, como terapia renal substitutiva, transplantes etc. O FAEC possibilitou o surgimento de prestadores privados com serviços de alto custo e densidade tecnológica.

No ano de 2015, foi sancionada a Lei nº 13.097, que abriu o mercado brasileiro à participação do capital estrangeiro. É notório que, ao longo dos governos, criaram-se condições para o fortalecimento e expansão do setor privado de saúde no país, como seguros privados, planos de saúde empresas de seguro, cooperativas médicas, em detrimento do setor público de saúde. O montante de incentivos governamentais contribuiu para a redução do gasto público que incide diretamente na implementação do SUS.

O setor privado de saúde não abarca somente a provisão de serviços; seu domínio também está atrelado à profissão médica, que cria demanda por meio da profissão, como exames, medicamentos, procedimentos e internações. Com isso, tem-se a indução da circulação de bens e serviços produzidos pelo setor privado.

O setor privado ganha espaço também na gestão de serviços públicos de saúde com as organizações sociais (OS), criadas em 1998 através da Lei nº 9.637. Com a aprovação da Lei Complementar nº 101/2000, Lei de Responsabilidade Fiscal, que impõe limites aos gastos com pessoal na administração pública de estados e municípios, as OS passaram a ser estratégias na administração dos serviços com financiamento total do setor público (Rodrigues, 2021).

O setor privado de saúde, no âmbito dos consórcios, não compreende somente a aquisição de medicamentos e insumos básicos médico-hospitalares, compra direta com o prestador, mas também, o gerenciamento de unidades de saúde nos municípios consorciados. Em uma região de saúde onde a oferta de serviços públicos é insuficiente, fica evidente a relação entre o consórcio e o setor privado na compra de serviços para seus consorciados, com valores praticados acima da tabela SUS.

3 OBJETIVOS E MÉTODOS

3.1 Objetivo geral

Descrever as relações da Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro e o Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense (CISBAF), de 2009 a 2022.

3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever os processos de organização institucional da regionalização do estado do Rio de Janeiro, as estratégias e instrumentos estabelecidos pela SES-RJ, de 2009 a 2022.

Descrever a dinâmica de participação do CISBAF no processo organização institucional da regionalização do estado do Rio de Janeiro na região de saúde Metro I, de 2009 a 2022.

Discutir os limites e possibilidades das estratégias e ações recentes relacionadas com a formação de consórcios públicos intermunicipais e a regionalização do SUS.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Abordagem teórico-metodológica

Consiste em uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, baseada em levantamento bibliográfico e documental sobre regionalização, Consórcio Intermunicipal de Saúde, Comissão Intergestores Regional e Secretária de Estado de Saúde. Para Godoy (1995, p. 21), a abordagem qualitativa não se enquadra em uma proposta rigidamente estruturada, e permite que o pesquisador explore novos enfoques, como a pesquisa documental, na qual materiais diversos são analisados e podem ser reexaminados, na busca de novas interpretações e/ou complementares.

O estudo será realizado utilizando como recorte temporal o período compreendido entre os anos de 2009 até 2022. A escolha pelo período do estudo se deve à inserção da autora durante o processo de regionalização do estado do Rio de Janeiro e na composição da CGR da região Metropolitana I no ano de 2011, sendo até o momento secretária executiva da CIR da Região Metropolitana 1 do estado do Rio de Janeiro.

4.2 Análise e coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada através do levantamento bibliográfico e documental, na tentativa de selecionar materiais que representassem subsídios para a discussão das relações entre a Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro e o Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense (CISBAF), entre os anos 2009 e 2022.

A pesquisa foi organizada após uma seleção de artigos científicos e documentos oficiais no âmbito da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro e Ministério da Saúde, além de

dados específicos do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense, seguindo as seguintes etapas:

- a) Levantamento bibliográfico através da busca na literatura, utilizando a plataforma BVS com os seguintes descritores de busca: “Regionalização” “Comissão Intergestores Regional” e “Consórcio Intermunicipal de Saúde”. Foram selecionados artigos completos na língua portuguesa no período de 2009 a 2021.
- b) A segunda fase compreendeu uma seleção de documentos públicos disponíveis nos *sites* governamentais, como normativas, legislação, portarias, projetos de lei no âmbito da SES RJ. Também foram selecionadas e organizadas as atas das reuniões ocorridas no período de 2009 a 2022 da CIR e CGR.
- c) Os bancos públicos disponibilizados pelo governo do estado do Rio de Janeiro, tais como TABNET e IBGE também serviram de referencial para a obtenção dos dados secundários.

Após a etapa de coleta, os registros foram contextualizados e colocados em um arquivo utilizando uma planilha de *Excel* para proceder à análise dos dados.

4.3 Etapas do estudo

4.3.1 Etapa 1: Levantamento bibliográfico

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados do Scientific Electronic Library Online (SCIELO), utilizando os descritores “regionalização” e “Consórcio Intermunicipal de Saúde”, em textos de língua portuguesa no período de 2009 a 2022.

No resultado para a busca referente à regionalização, foram identificados 353 artigos. Para delimitar um pouco mais a busca, foi utilizado o filtro em periódico e selecionadas as seguintes revistas: *Ciência e Saúde Coletiva*, *Cadernos de Saúde Pública*, *Saúde em Debate*, *Physis: Revista de Saúde Coletiva* e *Revista de Saúde Pública*. A seleção identificou 189

textos; para escolha dos artigos, foi realizada leitura dos enunciados e consulta aos resumos de interesse, totalizando sete artigos escolhidos.

Para o levantamento referente ao Consórcio Intermunicipal de Saúde, foram identificados 17 artigos; não houve uso de filtro, apenas três textos selecionados.

O levantamento bibliográfico contou também com dez textos e duas dissertações de mestrado, sobre o tema regionalização e consórcio intermunicipal de saúde, enviados pela orientadora.

A aluna também consultou artigos e teses descritas nas referências dos textos selecionados.

Quadro 1 – Consolidação do resultado nas bases de dados para seleção de artigos científicos para pesquisa bibliográfica

Fonte	Descritores	Filtro – Periódicos pesquisados	Resultado	Seleção
SCIELO	Regionalização	<i>Ciência e Saúde Coletiva,</i> <i>Cadernos de Saúde Pública,</i> <i>Saúde em Debate</i> <i>Physis</i> <i>Revista de Saúde Coletiva,</i> <i>Revista de Saúde Pública</i>	183	7
	Consórcio Intermunicipal de Saúde		17	3

Fonte: A autora, 2023.

4.3.2 Etapa 2: Levantamento de documentos

O levantamento documental baseou-se na seleção de documentos oficiais, como portarias, normativas, deliberações, nas páginas institucionais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, referente à regionalização da saúde. O levantamento também considerou documentos referentes ao Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense, na página oficial do consórcio.

Quadro 2 - Legislação e normativas referentes à regionalização da saúde

Regulamentação	Objetivo
Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991	Fornece instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, elaborada de conformidade com as Leis nºs 8.074/90 e 8.080/90, através da Norma Operacional Básica nº 01/1991.
Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993	Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.
Portaria nº 2.203, de 6 de novembro de 1996	Promove e consolida o exercício, do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS através da Norma Operacional Básica nº 01/1996.
Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001	Promove maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/0
Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.	Promove Pacto firmado entre os gestores - União, Estados e Municípios do SUS, em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.
Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011	Dispõe 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.
Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências
Portaria nº 3.362, de 8 de dezembro de 2017	Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).
Resolução nº 37, de 22 de março de 2018	Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Quadro 3 - Normativas e documentos técnicos referentes à regionalização no âmbito do estado

Deliberações CIB/RJ	Objetivo
Deliberação CIB-RJ nº 26, de 20 de outubro de 1998	Cria a Comissão da Programação Pactuada Integrada
Deliberação CIB-RJ nº 648, de 5 de maio de 2009	Constitui os Colegiados de Gestão Regional do estado do Rio de Janeiro.
Deliberação CIB-RJ nº 718, de 3 de setembro de 2009	Aprova a descentralização de recursos financeiros, do Fundo Estadual de Saúde, diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, referentes ao incentivo destinado ao apoio da organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), para os Municípios de Campos dos Goytacazes, Angra dos Reis, Três Rios, São João de Meriti, Niterói e Volta Redonda, provenientes da Portaria nº 2691/GM, de 19 de outubro de 2007, que dispõe que o valor de R\$20.000,00 (vinte mil reais) por CGR, em parcela única.
Deliberação CIB-RJ nº 839, de 28 de janeiro de 2010	Aprova as Diretrizes da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde no Sistema único de Saúde.
Deliberação CIB-RJ nº 1.452, de 9 de novembro de 2011	Aprova as regiões de saúde.
Deliberação CIB nº 4.656 de 24 de agosto de 2017	Atualiza Regimento Interno das Comissões Intergestores Regionais do Estado do Rio de Janeiro
Deliberação CIB-RJ nº 5.370, de 14 de junho de 2018a	Pactua a aprovação das macrorregiões de saúde no estado do Rio de Janeiro.
Deliberação CIB-RJ nº 5.630, de 13 de dezembro de 2018	Pactua a revogação da deliberação CIB-RJ nº 5.370 de 14 de junho de 2018
Documentos	
SES/RJ	Planejamento Integrado em Saúde. Regiões de Saúde Metropolitana I
	Atualização do Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Estado de Saúde 2012/2013

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Quadro 4 - Documentos referentes ao Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense

Documentos	Objetivo
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense	Instrumento de Gestão Regional das Políticas Públicas de Saúde

Fonte: Elaboração própria, 2023.

4.3.3 Etapa 3 - Dados secundários

O levantamento de dados secundários foi realizado utilizando-se o Tabnet da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Quadro 5 - Sistemas de informações oficiais e período de análise

Fonte	Informação	Período
IBGE	Dados demográficos do estado do Rio de Janeiro	2021
	Pesquisa de informações básicas municipais. Perfil dos municípios brasileiros.	2019
TABNET SES/RJ	População estimada segundo região de saúde.	2021

Fonte: Elaboração própria, 2023.

4.3.4 Etapa 4: Análise dos dados

Compreende uma análise exploratória descritiva dos documentos registrados. Para analisar a trajetória da participação do consórcio na região Metropolitana I, realizou-se um levantamento de informações nos registros oficiais da CIR M1, como atas, deliberações e pautas, que correspondessem a assuntos ligados ao consórcio CISBAF, sejam eles pautados pelo consórcio ou pela SES/RJ.

As informações foram organizadas por assunto: deliberação, pactuação, informes e informes gerais sobre consórcios. Foram colocadas em planilhas de *Excel* e transformadas em quadros apresentadas na discussão.

5 RESULTADOS

5.1 Espaços regionais no âmbito da região de saúde Metropolitana I: Comissão Intergestores Regional e Consórcio Intermunicipal de Saúde

A proposta de uma rede regionalizada vem desde 1920, com o *Relatório Dawson*, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido, que descreve o que seria uma rede regionalizada por nível de complexidade, sob uma base geográfica definida com autossuficiência de recursos de saúde em todos os níveis, que deverá ser exercida por uma autoridade sanitária de comando único com responsabilidade financeira e administrativa e coordenação de mecanismos de referência entre níveis ou territórios, alimentados por transportes e sistemas de informação (Chorny; Kuschnir, 2010).

A organização do sistema de saúde é pautada em regiões de saúde delimitadas e organizadas e hierarquizadas em níveis de complexidade, como serviços primários, secundários/atenção especializada e terciários/alta complexidade.

O *Relatório Dawson* não conseguiu chegar a uma proposta final. Dentre as dificuldades enfrentadas para que o relatório não tivesse continuidade, estão: a estruturação de serviços para grandes territórios, o que na época implicava o entendimento no conceito de governo local, o que não está muito longe da nossa realidade quando discutimos atendimentos de pacientes fora de seu município; e serviços sem referências estabelecidas, impactando nos serviços de saúde, principalmente de municípios com capacidade instaladas e fronteiriços. Na tentativa de propor a organização de um sistema universal e equitativo, o *Relatório Beveridge*, datado de 1942, traz a discussão do comando da região, em que os responsáveis seriam designados pelo poder central ou por um colegiado de autoridades locais.

Toda construção da regionalização, seja nos países federativos ou estados unitários, utilizou arcabouço jurídico com o objetivo de atender ao comando único, conforme o *Relatório Dawson*. Segundo Chorny e Kuschnir (2010), o comando único nos Estados unitários são as regiões e comandos por delegação do poder central. Em países federativos,

como Canadá, Espanha etc., o comando é descentralizado para as províncias, assim como o planejamento é baseado nas regiões e distritos, de acordo com as atribuições de cada governo local.

Por meio do Decreto nº 7.508/2011, tem-se a definição da CIR, vinculado à Secretaria de estado de Saúde, como instâncias de pactuação consensual entre os entes federados, vinculadas a uma região de saúde. A CIR também possuem papel estratégico na governança regional. Essa comissão é composta por secretários municipais de Saúde de uma região e a Secretaria de Estado de Saúde.

Embora a região Metropolitana I possua dois espaços de discussão e pactuação, a CIR e o CISBAF, que visa ser um instrumento de apoio à gestão dos municípios consorciados, eles desempenham importante papel na identificação de necessidades e discussão de estratégias e otimização de recursos e gastos com seus municípios consorciados.

Sobre o comando único, afirmam Chorny e Kuhschnir (2010):

A regionalização e a constituição de redes são compreendidas em suas dimensões técnica e política. Ao mesmo tempo em que são a única forma de garantir acesso a cuidado integral de forma igualitária, envolvem disputas de poder e requerem decisões de política pública que certamente ferem interesses. A região é institucionalizada e tem comando único porque, sem institucionalidade, não é possível garantir o direito e, sem comando único, não é possível cobrar a responsabilidade sanitária.

As CIR, por terem em seu âmbito o cunho técnico e político, na conformação de estratégias de enfrentamento regional, que representa o estado na região, é considerada como a governança regional, entendendo a região de saúde como um espaço vivo de variados atores e interesses, fomentando discussões e decisões, identificação de problemas, definição de prioridades e soluções para organização da rede assistencial, no âmbito da região de saúde. Entretanto, a governança regional difere da autoridade sanitária conceituado por Bertrand Dawson, entes responsáveis pela organização e articulação da rede, e com comando sobre os recursos humanos, físicos e financeiros. Da mesma forma que (Stuckenbruck (2022, *apud* Rodrigues; Santos 2010) corroboram o conceito de Dawson para comando único.

[...] definem autoridade sanitária como uma estrutura de planejamento e administração próprios de cada região ou território, que dispõe de autonomia administrativa e financeira, tais autoridades seriam responsáveis por todos os serviços e unidades de saúde onde a figura da autoridade sanitária, tem responsabilidade financeira, administrativa e coordenação de redes de saúde.

A CIR não possui autonomia financeira e não coordena os fluxos de atendimento da região; ainda, sua composição contempla os municípios que são entes autônomos entre si, o que configura realidades e cenários diferenciados de estrutura de gestão e serviços de saúde.

5.1.1 Caracterização do estado do Rio de Janeiro

No cenário político-administrativo do estado do Rio de Janeiro houve, no ano de 1960, a transferência da capital federal do Rio de Janeiro para Brasília, prevalecendo a transformação do Distrito Federal em estado da Guanabara. Em 1975, o governo federal resolve reintegrar a cidade do Rio de Janeiro, então Estado da Guanabara, ao antigo Estado do Rio de Janeiro, pela Lei Complementar nº 20, de 3 de junho de 1974, encaminhada ao Congresso Nacional pelo Presidente Ernesto Geisel. Ficava estabelecida, assim, a fusão dos Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro, com o nome de Estado do Rio de Janeiro.

Parada (2001, p. 21) destaca que “a fusão cria ambiente favorável para conter as forças de oposição ao regime, hegemônicas no estado da Guanabara (município do Rio de Janeiro), abrindo para forças políticas ligadas à situação naquele período dominante no velho Estado do Rio de Janeiro”.

A fusão marca nova etapa nas relações intergovernamentais. O estado da Guanabara, município do Rio de Janeiro, ex-capital, era considerado por ter uma economia forte, importante pelo parque industrial, grande expressão cultural e no cenário político, vivenciou diversos movimentos históricos. Por outro lado, o estado do Rio de Janeiro não possuía cenário político com expressão nacional, e apesar de possuir um colégio eleitoral extenso se configurava como agropecuário, com exceção da existência do complexo Petroquímico da Refinaria de Duque de Caxias e da Companhia Siderúrgica Nacional em Volta Redonda. (PARADA, 2001, p.21).

Atualmente, a população do estado do Rio de Janeiro, segundo o censo de 2010, é de 15.989.929 habitantes, e a estimativa para o ano de 2021 é de 17.463.349 habitantes, conforme o IBGE. É o terceiro estado mais populoso do Brasil, depois de São Paulo e Minas Gerais. Restrito em área, é densamente povoado, com 365,23 hab./km² (IBGE, 2010).

Calcula-se que esse valor é, hoje, de 396,93 hab./km², após um ganho populacional de 1,3 milhão de habitantes entre 2010 e 2020. A taxa de urbanização é de 96,7%. O município do Rio de Janeiro é o mais populoso, com 6.775.561 de habitantes, segundo estimativa de 2021. Além da capital, apenas São Gonçalo reúne mais de 1 milhão de habitantes. Destacam-se também os municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói. O estado do Rio de Janeiro é o quarto maior do país, com o IDH de 0,761.

5.1.2 A região de saúde

A região Metropolitana do Rio de Janeiro, primeira região de governo do estado, foi instituída pela Lei Complementar nº 20, de 1º de julho de 1974. Para fins de planejamento em saúde, foi dividida em região Metropolitana I e região Metropolitana II, em 2001, no primeiro Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR). A divisão seguiu as orientações da NOAS/2001, em função do grande contingente populacional e da capacidade instalada local.¹⁵

O município do Rio de Janeiro, no ano de 2009, solicitou rever a composição da região Metropolitana I, com o objetivo de constituir uma região de saúde. A justificativa foi em torno das características de seu território, como o porte populacional e a capacidade instalada. A formalização ocorreu por meio da Deliberação CIB nº 753, de 13 de novembro de 2009, que criou o CGR da capital. Um ano após a constituição das 10 regiões de saúde, as discussões foram retomadas, considerando aspectos conceituais e jurídicos. Os debates realizados no âmbito dos CGR e da CIB concluíram que a capital não deveria permanecer como uma região de saúde, resultando no retorno do Rio de Janeiro à região Metropolitana I, conforme a Deliberação CIB nº 1.383, de 18 de agosto de 2011.¹⁶

Atualmente, a região de saúde Metropolitana I é composta por 12 municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica.

¹⁵ <https://www.saude.rj.gov.br/planejamento-em-saude/regioes-de-saude/planejamento-regional-integrado>

¹⁶ <https://www.saude.rj.gov.br/planejamento-em-saude/regioes-de-saude/planejamento-regional-integrado>

A região Metropolitana I localiza-se entre as regiões do Médio Paraíba, Centro Sul e Serrana. Representa 7,9% da área do estado e a segunda maior área metropolitana do Brasil, com população inferior apenas à Região Metropolitana de São Paulo, sendo a terceira da América do Sul e 20ª maior do mundo (Estado do Rio de Janeiro - Revisão do PDR 2012-2013).

Em comparação com as demais regiões de saúde, a região Metropolitana I, concentra, 60,6%, de sua população no estado do Rio de Janeiro. A tabela a seguir mostra as regiões de saúde e sua população estimada para 2021.

Tabela 1 – Regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro e sua população com base estimada para o ano de 2021

Região de saúde	População estimada 2021
Baía da Ilha Grande	300.287
Baixada Litorânea	870.304
Centro-Sul	343.570
Médio Paraíba	922.318
Metropolitana I	10.585.667
Metropolitana II	2.145.025
Noroeste	350.591
Norte	964.428
Serrana	981.159
Estado do Rio de Janeiro	17.463.349

Fonte: Tabnet da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2022.

A distribuição desigual dos serviços e equipamentos urbanos, a crescente demanda por habitações, o crescimento desordenado de submoradias e expansão de favelas, a intensa degradação ambiental e o esgotamento dos recursos naturais, o aumento do desemprego, da exclusão social e da violência são características marcantes desta região. Essa desigualdade tem origem histórica, para alguns iniciada com a fusão do estado da Guanabara e antigo estado do Rio de Janeiro, a partir de 15 de março de 1975 (Lei Complementar nº 20, de 01/07/1975). Trata-se de aspecto importante na compreensão das características do estado e, principalmente, da região Metropolitana I, da qual faz parte a cidade do Rio de Janeiro.

Analisando a população estimada para o ano de 2021, os municípios da Baixada Fluminense possuem 3.810.106 de habitantes, o que representa 21,8% da população do estado do Rio de Janeiro (ERJ), enquanto o município do Rio de Janeiro, com 6.775.561 habitantes, equivale a 38,79% em relação à população do ERJ.

A figura a seguir mostra mapa com os municípios que constituem a região de saúde Metropolitana I do ERJ.

Figura 5 – Mapa da região de saúde Metropolitana I



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde, SES/RJ.

5.1.3 Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde Metropolitana I

O Decreto nº 7.508/2011 orienta a constituição de redes regionalizadas e define as regiões de saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde. Define o papel das Comissões Intergestores Regionais (CIR) como instâncias de articulação/pactuação consensual entre os gestores municipais. As comissões intergestores regionais são espaços de cogestão, de âmbito regional, criando um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o estado, legitimando um espaço importante de relação preenchendo um “vazio” na governança regional (Giovanella; Santos, 2014, p. 624).

As Comissões Intergestores Regionais no ERJ constituem a governança regional, por ter em sua conformação um espaço de negociação que possibilita a discussão de dificuldades e necessidades, tendo como orientador o planejamento regional (Albuquerque *et al.*, 2018). Nesse sentido, a CIR é uma instância regional com papel estratégico na governança da região de saúde.

Importante ressaltar que as comissões regionais estão circunscritas a um conjunto de municípios que caracterizam uma região de saúde e que estas possuem características políticas, sociais. É importante entender como se constituem as relações do conjunto dos municípios. Segundo Ribeiro *et al.* (2017, p. 1080), a “região, entendida como uma área dinâmica de cooperação entre atores, se forma a partir da densidade de relações sociais e institucionais, geradoras de parcerias horizontais e verticais, com potencial de constituir redes”. Nesse sentido, cabe ao estado a coordenação do processo de regionalização, exercendo seu papel de interlocutor e articulador nos processos em conjunto com os municípios nas regiões de saúde.

As CIR, por um lado, permitem que se amplie a capacidade de coordenação federativa da política de saúde sobre a dinâmica de gestão das relações intermunicipais. Por outro lado, também significam a disponibilização de um canal político exclusivo para que os municípios possam discutir com o gestor estadual as singularidades de cada região de saúde com maior profundidade e detalhamento do que poderiam fazê-lo nas reuniões da CIB”. (Ouverney *et al.*, 2021, p. 4.717).

Por meio do Decreto nº 7.508, a SES/RJ orientou o processo de revisão das regiões de saúde (Deliberação CIB nº 1.452, de 9 de novembro de 2011) e a atualização do Regimento interno da CIR (Deliberação CIB nº 1.550, de 12 de janeiro de 2012).

Segundo o regimento Interno das Comissões Intergestores Regional do estado do Rio de Janeiro, sua natureza e a finalidade compreendem:

Art. 2º - As CIR do Estado do Rio de Janeiro são órgãos colegiados, não paritários, de natureza permanente, constituídos para pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde, integrados em redes de atenção à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo Único – As CIR, no âmbito regional, são vinculadas à Assessoria de Regionalização (AR) da Secretaria de Estado de Saúde, para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes emanadas da Comissão Intergestores Bipartite do estado (CIB/RJ) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Art. 3º - As CIR caracterizam-se como instâncias privilegiadas de articulação interfederativa, tendo como finalidade promover uma gestão solidária e colaborativa nas regiões de saúde.

§ 1º - O colegiado busca o consenso por meio de avaliações técnicas, de conjuntura, realizando proposições, debates, negociações, chegando à pactuação de temas referentes à organização das ações e serviços de saúde, para conformar redes regionais de atenção, segundo as diretrizes organizativas e os aspectos operacionais do SUS.

§ 2º - Esse fórum fomenta o processo de planejamento regional e a descentralização de ações e serviços no âmbito da Região de Saúde de sua abrangência.

Art. 4º - As CIR, no tocante a participação das Secretarias Municipais de Saúde, têm sua composição de acordo com a configuração das regiões de saúde no Estado do Rio de Janeiro. **Parágrafo Único** – As regiões de saúde têm por objetivo a melhoria do acesso; a promoção da equidade e da integralidade da atenção; a eficiência de gastos e otimização de recursos para o enfrentamento dos problemas de saúde da população de sua abrangência. (REGIMENTO INTERNO, 2012, s.p.).

A Comissão Intergestores se configura da seguinte forma:

- a) Dos municípios: todos os secretários de Saúde dos municípios que integram a região de saúde, sendo um destes o vice-presidente regional do COSEMS/RJ da região.
- b) Do estado: a) representante do nível central da SES/RJ, indicado pelo secretário de estado da Saúde; b) secretário executivo da CIR, na ausência do representante titular ou suplente da SES/RJ.

As Comissões Intergestores Regional têm em sua organização: o Plenário; a Câmara Técnica (CT); Grupos Técnicos (GT) subordinados à Câmara Técnica; e a Secretaria Executiva.

Em plenário, as reuniões ordinárias da CIR são realizadas uma vez por mês e extraordinariamente por necessidade extrema, de acordo com um cronograma anual, com data e horário estabelecidos. A condução da plenária é realizada pelo representante do nível central da SES-RJ ou seu suplente; na ausência destes, pelo vice-regional do COSEMS e na ausência deste, pela secretaria executiva.

As reuniões da CIR são deliberativas, por meio de consenso de um quórum de representantes dos municípios e do estado. O artigo 17 do regimento interno explicita que as “reuniões terão início com a presença da maioria absoluta (metade mais um) dos componentes da CIR, consideradas as presenças dos representantes do estado e dos municípios”. E ainda no

§ 2º do mesmo artigo, “no caso de não haver maioria absoluta, após a segunda convocação, a reunião não terá caráter deliberativo”.

Com relação à participação de outras instituições, o Art. 20 estabelece que “representantes de outras instituições só poderão participar das reuniões quando oficialmente convidados, para tratar de assuntos específicos, com aprovação prévia da CIR, salvo representações institucionais em casos de legislação específica”. Quando houver divergência referente à apreciação de temas e não for superada na plenária, será pautada na próxima reunião.

Na região Metropolitana I, a plenária é composta exclusivamente por suplentes dos gestores.

A CIR conta com uma Câmara Técnica de caráter permanente, que subsidia as discussões do Plenário. A ela compete dar apoio técnico ao Plenário da CIR no desenvolvimento das ações e serviços da saúde. As reuniões da CT são realizadas uma vez por mês e ocorrem uma semana antes da plenária. A CT é formada pela secretaria executiva da CIR, o representante regional da CT da CIB, designado pela região e ratificado pelo COSEMS, e um representante de cada município.

Os grupos técnicos são permanentes ou transitórios, têm caráter consultivo e de assessoramento, para efetuar estudos técnicos sobre políticas e programas de interesse para a saúde, cujos produtos irão colaborar e subsidiar a câmara técnica e as decisões da plenária da CIR. A criação, extinção e normas de funcionamento dos GTs são definidas mediante deliberação da plenária da CIR. Cada GT tem estabelecido um cronograma de reuniões.

Quadro 6 – Grupos de trabalho no âmbito da CIR Metropolitana I

Grupo de trabalho (GT)	Composição
GT de Atenção Básica	Coord da Atenção Básica
GT de Vigilância em Saúde	Coord Vigilância em Saúde
GT de Planejamento	Coord Planejamento
GT de Saúde do Trabalhador	Coord Saúde do trabalhador e CMS
GT Urgência e Emergência	Coord Urgência e Emergência ou representante da área

GT da Rede de cuidados da Pessoa com Deficiência - RCPD	Coord RCPD ou representante da área
Comissão de Integração de Ensino Serviço - CIES	Coord da Educação Permanente ou representante da área
Grupo condutor da Rede Cegonha - CGRC	Coord Saúde da Mulher
Grupo condutor da Rede psicossocial - CGRAPS	Coord de Saúde Mental

Fonte: Elaboração própria, 2023.

A Secretaria Executiva da CIR (SE/CIR) está vinculada à Assessoria de Regionalização/Subsecretaria Geral/SES, que garante o apoio administrativo e logístico para seu funcionamento. A SE/CIR é composta por: secretária executiva, assistente e administrativo designado pela SES.

As Comissões Intergestores possuem recurso financeiro de custeio, e por meio do incentivo instituído pela Portaria GM/MS n° 204/2007 foi definido como R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) por CGR/CIR. O recurso é executado pelo município sede da CIR – município de Nova Iguaçu. O repasse é realizado através do Plano de aplicação de recursos pactuados em CIR e CIB.

A programação para a utilização desse recurso ocorre na CIB, com prioridade na construção de procedimentos institucionais de apoio para o desenvolvimento da capacidade de gestão dos CGR, atualmente CIR.

A Resolução SESDEC n°1.030/2010 e a Deliberação CIB-RJ n° 718, de 3 de setembro de 2009, citam que a prestação de contas dos referidos recursos, mediante instrumentos próprios a serem instituídos, deverá ser feita e encaminhada trimestralmente, para aprovação do CGR/CIR de cada região, com posterior encaminhamento à CIB.

A comprovação da aplicação desses recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde (FES) será feita mediante Relatório Anual de Gestão (RAG) do estado, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde. No caso de repasse do incentivo do CGR/CIR, do FES para o FMS, este município deverá apresentar a comprovação da aplicação desse recurso no respectivo RAG (municipal).

A grande dificuldade da Comissão Intergestores Regional da Metropolitana 1 é a falta da participação efetiva dos gestores – secretários municipais de Saúde nas reuniões ordinárias das CIR. A plenária é constituída pelos suplentes dos gestores. O perfil dos suplentes em sua

maioria são técnicos da gestão com conhecimento da região e experiência de gestão. Apesar de os técnicos terem conhecimento da região e do processo de discussão, a ausência do gestor fragiliza a tomada de decisões para o fortalecimento da região.

Temos que considerar também como fator importante e que impacta na CIR a descontinuidade política, a fragilidade técnica. Em muitos municípios, há somente um técnico para desempenhar ações de uma área técnica e a rotatividade de secretários nos municípios gera dificuldades na gestão municipal e na participação nos fóruns de pactuação e discussão regional como a CIR.

Considerando a estrutura da CIR e resgatando Dawson, com o conceito de autoridade sanitária em seu relatório, a Comissão não se configura como uma autoridade sanitária, principalmente no controle das redes de atenção à saúde, uma vez que os municípios são entes autônomos entre si, o que já é uma dificuldade para tomada de decisões de gestão da rede regional de serviços de saúde (Stuckenbruck, 2022, p. 22).

5.1.4 Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense

Os municípios da Baixada Fluminense, na figura de seus prefeitos, já discutiam a implantação de um Consórcio Intermunicipal de Saúde em meados do ano de 1999, apoiados por parlamentares e pela Associação de Secretários Municipais de Saúde da Baixada Fluminense. Segundo Schneider (2001), o problema principal que desencadeou a discussão foi a inoperância do Hospital da Posse (HGNI), localizado no município de Nova Iguaçu e ainda pela baixa cobertura de serviços de saúde, reduzida capacidade instalada face à elevada densidade populacional da região.

Com apoio do Núcleo Superior de Estudo Governamentais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NUSEG/UERJ), criou-se uma sociedade civil de direito público, denominada de Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense, com os seguintes municípios: Nova Iguaçu, Duque de Caxias, São João de Meriti, Belford Roxo, Japeri, Itaguaí, Queimados, Magé, Nilópolis, Guapimirim, Paracambi e Mangaratiba. A composição do consórcio contou com municípios vizinhos. A estrutura do consórcio era composta por

comitê de prefeitos, sendo eleitos com mandato de um ano, um comitê técnico de secretários municipais de Saúde e uma equipe administrativa (Schneider, 2001).

O debate sobre a ampliação de oferta de leitos e serviços de saúde era acompanhado pela Secretaria de Estado de Saúde, que tinha como prioridade elaborar um plano de ação para Baixada Fluminense (Schneider, 2001).

Em fevereiro de 2000, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF) tornou-se uma autarquia interfederativa municipal que pertence a 11 municípios da Região da Baixada Fluminense (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica). Possui Estatuto e Regimento Interno próprios.

No ano de 2007, o CISBAF implantou um projeto de regulação de leitos de obstetrícia, com o objetivo de garantir acesso de gestantes às maternidades.

O CISBAF foi criado como uma entidade de direito privado sem fins lucrativos. A partir de 2009, em conformidade com a Lei nº 11.107/05, regulamentada pelo Decreto Presidencial nº 6.017/2007, passou a ser um consórcio público com personalidade jurídica de direito público, sendo uma autarquia interfederativa, forma administrativa que permite aos municípios compartilhar a gestão de serviços. Na ocasião, um Protocolo de Intenções foi aprovado e ratificado através de novas leis municipais, assim como novos estatutos e uma nova estrutura organizacional pública também foram criados.

O CISBAF é presidido por um prefeito eleito pelo Conselho dos Municípios, composto por todos os prefeitos dos municípios consorciados. Este próprio Conselho elegerá, além do presidente, o vice-presidente e ainda seis prefeitos para compor o Conselho Fiscal, sendo três efetivos e três suplentes.

A missão do CISBAF é ser instrumento de gestão regional na promoção de investimentos e otimização de recursos, buscando melhor custo-benefício, fortalecimento da prestação de serviços solidária e pactuada, implantação de inovações na gestão da saúde, reestruturação da Rede Regional de Saúde, bem como capacitação permanente de recursos humanos (entre gestores da saúde, gerentes e profissionais de saúde).

O CISBAF está estruturado por quatro instâncias:

- a) Conselho de Municípios: órgão deliberativo, constituído pelos prefeitos dos municípios consorciados ou seus representantes.

- b) Conselho Fiscal: órgão de fiscalização, constituído por representantes dos municípios participantes e composto por três membros efetivos e o mesmo número de membros suplentes, todos indicados pelo Conselho dos municípios.
- c) Conselho Técnico: constituído pelos secretários de Saúde dos municípios consorciados ou seus representantes.
- d) Secretaria Executiva: órgão executivo do Consórcio e constituído por um secretário executivo indicado pelo presidente do Conselho de municípios e por uma diretoria, composta pelos diretores administrativo-financeiro, diretor técnico, coordenação de Gestão de Pessoas e de assistência e por equipe de apoio técnico e administrativo, aprovados pelo mesmo Conselho.

Serviços ofertados pelo CISBAF

Os serviços ofertados pelo consórcio são:

Programa Marque Fácil, que credencia pessoas jurídicas na área da saúde para prestação de serviços da atenção especializada (consultas de especialidade e procedimentos de média complexidade, ofertando aos 11 municípios da Baixada Fluminense

Implantação do SAMU 192 e da Central de Regulação Baixada Fluminense – o CISBAF viabilizou a implantação regional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) em outubro de 2004, projeto do Ministério da Saúde. No mesmo período, foi instalada a Central de Regulação do SAMU 192 Baixada Fluminense, gerenciada pelo consórcio. Ao todo, 12 municípios (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti e Seropédica) integram o SAMU Baixada Fluminense. A partir de fevereiro de 2020, a CRUR Baixada passou a regular os Pacientes Críticos entre Unidades, por meio da Deliberação CIR M1 nº 23, de 21 de agosto de 2019.

Núcleo de Educação Permanente (NEP) – atendendo às diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, o NEP/CISBAF planeja, elabora os conteúdos e ministra cursos de atualização e capacitação dos profissionais de saúde que atuam na

Estratégia da Saúde da Família e na Urgência e Emergência dos 11 municípios que integram o consórcio.

Licitações Regionais – licitação compartilhada: de acordo com a Lei nº 8.666/93, os consórcios públicos poderão realizar licitação da qual, nos termos do edital, decorram contratos administrativos celebrados pelos entes consorciados. O CISBAF realiza licitações através do sistema Registro de Preços, gerando e gerenciando atas que possam ser utilizadas posteriormente pelos órgãos que não participaram das etapas iniciais do certame. E **individual:** o CISBAF, por contar com uma estrutura enxuta no que se refere ao setor de compras e licitações e contratos, executa suas tarefas com agilidade e obediência aos cronogramas processuais. Esta celeridade pode auxiliar na execução de realização de licitações dos entes consorciados, atuando no credenciamento, análise de propostas e documentação de habilitação do certame.

Observatório de saúde: o Observatório de Saúde da Região da Baixada Fluminense, instituído em maio de 2016, tem como propósito promover a análise, estudo e pesquisa dos indicadores de saúde como subsídio para a formulação e avaliação de políticas públicas dos municípios, bem como dos processos de formação e capacitação profissional com o objetivo de apoiar os espaços institucionais para o funcionamento e o aprimoramento contínuo do SUS.

Gestão associada: a gestão associada de serviços públicos consiste em compartilhar, com os diferentes entes federativos consorciados, o desempenho de certas atividades ou de serviços públicos de seu interesse. O gerenciamento de unidades de saúde municipais ou regionais, gerenciamento de programas de interesse regional e a regulação de serviços são exemplos dessa modalidade das parcerias que podem ser feitas.

Com base no Instrumento de Gestão Regional das Políticas Públicas de Saúde, o CISBAF pactua anualmente, com os entes consorciados, o contrato de rateio; conforme o interesse de cada ente, pactua-se contrato de programa¹⁷ para atender a situações específicas na atividade de saúde. O contrato de rateio constitui uma obrigação comum a todos os entes

¹⁷ Segundo o Instrumento de Gestão Regional de políticas Públicas de Saúde, o Contrato de Programa é o instrumento pelo qual devem ser constituídas e reguladas as obrigações que um ente da Federação, inclusive sua administração indireta, tenha para com outro ente da Federação, ou para com consórcio público, no âmbito da prestação de serviços públicos por meio de cooperação federativa. Os Contratos de Programa serão firmados em conformidade com a Lei Federal nº 11.107/2005 e com o Decreto Federal nº 6.017/2007 e celebrados mediante dispensa de licitação, nos termos do Inciso XXVI do Art. 24 da Lei Federal nº 8.666/93 e Protocolo de Intenções.

consorciados, é o meio pelo qual os entes consorciados se comprometem a fornecer recursos financeiros para a realização das despesas do consórcio.

O Contrato de Rateio é aprovado pelo Conselho dos Municípios e informado aos entes consorciados para as providências administrativas e orçamentárias na LOA para o próximo exercício financeiro. Nesse contrato constam diretrizes para emissão do empenho e rotinas administrativas: valores das cotas mensais por ente consorciado; classificação orçamentária para emissão de empenho; prazo até o dia 15 de cada mês para a execução dos repasses, de modo que a parcela de dezembro vence dia 15 de dezembro, e não no exercício financeiro seguinte; conta bancária do CISBAF, onde deve ser feita a transferência; envio até 31/03 de cada exercício as Notas de Empenhos emitidas em favor do CISBAF, para cumprimento do contrato de rateio. O empenho deverá ser confeccionado pelo valor global do contrato de rateio e liquidado e pago mensalmente. Como esse contrato tem por objetivo pagar as despesas administrativas do exercício, deverá estar totalmente pago dentro do ano, conforme Lei Federal nº 11.107/2005.

Atrasos nos repasses pactuados geram insuficiência de caixa que podem criar negatização de certidões junto à Receita Federal do Brasil no que se refere ao pagamento e recolhimento das obrigações previdenciárias. Os casos de inadimplência são tratados no art. 63i do Estatuto do CISBAF.

Conforme mencionado, dada a importância da coesão política na conformação do consórcio, o CISBAF, nos anos de 2013/2014, experimentou dificuldades do pagamento das cotas por alguns municípios, o que acarretou sérios atrasos de pagamento na estrutura administrativa. Com o processo eleitoral municipal, o consórcio retomou sua coesão política e manteve sua estabilidade administrativa e de projetos nos municípios consorciados.

Desde 2013, por meio da discussão do Plano Regional 2013-2016, a região Metropolitana I chama atenção para necessidade de discutir os dois espaços de gestão, muito em função da não presença dos gestores na CIR M1. Infelizmente, as ações do plano não foram realizadas, que consistiam em realizar seminários para debater os papéis da CIR e do CISBAF e realizar oficina para construir estratégias de fortalecimento da CIR.

Como forma de demonstrar a participação do CISBAF nas reuniões da CIR Metropolitana I, apresentamos quadros com informações retiradas das atas e deliberações da CIR M1, que são registros oficiais.

Tabela 2 - Presença do Consórcio Intermunicipal nas reuniões CIR Metropolitana I - 2009 a 2022

Ano	Número de reuniões CIR	Número de participação Consórcio na CIR M1.
2014	11	2
2017	11	6
2018	9	6
2019	12	3
2020	11	7
2021	12	12
2022	13	10

Fonte: Elaboração própria, 2023.

A participação do CISBAF nas reuniões da CIR se iniciou no ano de 2014. É fato que partir do ano de 2020, com a pandemia do Covid-19, as reuniões passaram acontecer de forma *on-line*, o que facilitou a participação dos municípios e do consórcio nas reuniões da CIR M1. É claro que a mudança de gestão da SES/RJ influenciou o entendimento e a condução do trabalho e a relação institucional do consórcio e a CIR, como será observado nos anos em que temos pleitos e participações do consórcio na CIR.

Observa-se que, nos anos de 2020 e 2021, a participação do consórcio foi bem expressiva, estando em todas as reuniões no ano de 2021. Na ocasião, as reuniões eram *on-line*, o que facilitou o acesso na participação dos representantes da região. Observou-se que o processo de discussão ficou muito fragilizado e aquém de quando era presencial e mesmo com as reuniões *on-line* o gestor não se fez presente. Nos demais anos, de acordo com a plenária, as reuniões eram itinerantes ou em um município fixo. A sobreposição de reuniões no mesmo dia pode ter dificultado a presença do consórcio na plenária da CIR.

Embora, no ano de 2015, a SES/RJ tenha realizado o I Seminário sobre Consórcios Intermunicipais de Saúde, incluindo na agenda da secretaria o incentivo na formação de consórcios nas regiões que ainda não o tinham, entendemos que a gestão da SES/RJ abre um diálogo importante sobre esses dispositivos. As reuniões da CIR M1 não registraram nas atas a participação do consórcio, mas suas representações estavam como suplentes de gestor na comissão, pelos municípios.

Quadro 7 – Pautas apresentadas na CIR referentes ao Consórcio e solicitação de pautas realizadas pelo CISBAF

Ano	Apresentação de pauta nas Reuniões ordinárias da CIR M1	Solicitação de pauta por	Pauta apresentada	Justificativa da pauta	Status
2014	4ª Reunião	Consórcio	Projeto de expansão e qualificação da AB na Baixada Fluminense	Para SES/RJ a pauta vem de encontro das ações programadas pelo planejamento regional referente AB no estado.	Apresentação
	8ª Reunião		Financiamento SAMU Baixada Fluminense – apresentação da proposta para aplicação do cofinanciamento do estado, tendo em vista a Habilitação da Central regional.	Exposição da aplicação do recurso para central regional SAMU Baixada	Apresentação
2015	2ª Reunião	SES/RJ	GT Consórcio	Formação de GT de caráter provisório para fomento de discussão nas regiões de saúde do estado que possuem consórcio e incentivo e contribuição para região que não tem consórcio formado. Pactuação de representante titular e suplente da região e do consórcio.	Não retornou a pauta para pactuação.
	5ª Reunião		I Seminário Estadual de Consórcios de Saúde no ERJ.	Informe sobre o evento e inscrições.	Informe
2017	1ª Reunião	Consórcio	Ações regionalizadas dos serviços da Baixada Fluminense.	Agenda de propostas dos municípios da Baixada Fluminense para ser encaminhado ao Ministério da Saúde.	Pactuação
	3ª reunião	SES/RJ	Reunião paralela com o CISBAF	Reuniões conjuntas CIR e consórcio nas regiões	Informe
	6ª Reunião	Consórcio	Projeto de redução de filas de espera para realização de exames diagnósticos de mama e próstata na Baixada Fluminense.	Projeto para encontrar solução regional para deficiência do atendimento de alguns exames na atenção básica. As linhas principais definidas como gargalos pelo Grupo de Gestores foram: Oncologia; “Escopias” (endoscopia, colonoscopia...); Oftalmologia e Cardiovascular. A pactuação em CIR É estratégia para avanço do	Informe

				processo	
	9ª Reunião	Consórcio	Contratualização com o CISBAF	Contratualização de serviços pelo consórcio. A pauta foi direcionada para reunião com a SAECA, GT de Planejamento e Consórcio.	Pactuação
	10ª Reunião	SES/RJ	Contratualização com o CISBAF	A pauta foi informada sobre reunião na sede do consórcio, nde ainda necessita de esclarecimentos por parte da área técnica da SESRJ.	Informe
2019	8ª Reunião	SMS Nova Iguaçu	Implementação da regulação de pacientes críticos entre unidades na região da Baixada Fluminense (central vaga zero)	Pauta solicitada para implementação de serviço e futura solicitação de habilitação.	Pactuação
	12ª Reunião	SES/RJ	Atualização da grade de referência SAMU Baixada Fluminense.	Atualização da grade.	Pactuação
2020	5ª Reunião	SMS Nova Iguaçu	Apresentação rotina de óbito domiciliar por equipe SAMU, baseado no documento manejo clínico de corpos no contexto da COVID 19	Pauta discutida com a presença do consórcio que também gerencia o SAMU regional (Baixada Fluminense), onde dialogou sobre as situações atendidas referentes ao óbito domiciliar.	Apresentação
2021	9ª Reunião	SMS Nova Iguaçu	Solicitação de Apoio financeiro estadual segundo Delib CIB/RJ nº 6.654/2021		Informe
		SES/RJ	Pactuação do grupo técnico regional RM1 para discutir e implementar o serviço de certificação de óbito que compõe a rede regional de certificação de óbito do ERJ.	Pauta solicitada pela SUBVAPS - Vigilância em Saúde por meio da Deliberação CIB nº 6.483 de 12 de agosto de 2021.	Pactuação
2022	2ª Reunião	SES/RJ	Atualização grade de referência SAMU.		Pactuação
	5ª Reunião	Grupo de trabalho regional	Proposta de organização do serviço regional de certificação e óbitos na RM1, com sede no CISBAF	Pactuação da sede para o serviço de certificação de óbito que compõe a rede regional de certificação de óbito do ERJ.	Pactuação
	6ª Reunião	Consórcio	Fórum sobre Consórcios na ALERJ.	Divulgação do evento	Informe
	8ª Reunião	Consórcio	Cursos oferecidos pela plataforma NEP/CISBAF na modalidade EAD.	Divulgação da plataforma e cursos.	Apresentação

Fonte: Elaboração própria, 2023.

O Quadro 7 mostra as solicitações de pautas pelo consórcio e temas referentes ao consórcio. Verificamos que, no ano de 2015, conforme já mencionado, a SES/RJ realizou seminário sobre a temática, e na 2ª Reunião Ordinária a pauta CIR registra a solicitação de formação de um grupo de trabalho sobre consórcio, em que a composição do grupo seria um representante titular e suplente por região de saúde no âmbito da CIR e uma representação do consórcio com titular e suplente e da SES/RJ. Na ocasião da apresentação da pauta, que seria de pactuação, um município da região opinou que a formação do grupo deveria ser no nível estadual, e não regional. O pleito foi pactuado, mas não houve andamento na reunião seguinte para pactuação dos integrantes do grupo de trabalho. E o seminário aconteceu em maio do mesmo ano.

Observa-se que o CISBAF, no ano de 2014 e início de 2015, realizou solicitação de pauta, principalmente para pactuação. Foi acertado, posteriormente, que a solicitação de pauta seria pelo gestor municipal na figura do responsável pelo conselho técnico ou o gestor municipal do município sede do consórcio. Entendemos que o gestor do município-sede deverá encaminhar a solicitação de pauta referente ao consórcio. As solicitações de pautas do CISBAF para CIR seguem primeiramente a análise e são deliberadas em sua plenária de prefeitos, como foi a proposta de organização do serviço regional de certificação de óbitos na RM1, com sede no CISBAF, para então seguir para as CIR. Algumas das pautas seguem para CIR como uma estratégia de avanço no pleito, sobretudo quando são encaminhadas para o Ministério da Saúde.

Alguns informes podem entrar na pauta posterior à Câmara Técnica, tanto por solicitação da SES/RJ como do consórcio ou dos grupos de trabalho. Cabe ressaltar também a participação do Consórcio na discussão do Planejamento Regional Integrado e na da oficina regional do PRI, que aconteceu em setembro de 2022.

Como explanado anteriormente, de acordo com o entendimento e adesão da gestão vigente na SES/RJ sobre os consórcios, serão inferidos os objetivos e ações regionais dessa gestão. Na 3ª reunião ordinária da CIR do ano de 2017, foi dado como informe uma solicitação do secretário estadual de Saúde, que atualmente ocupa o cargo, para que as reuniões da CIR fossem em conjunto com a do consórcio, com o objetivo de otimizar as agendas dos secretários municipais de Saúde. Cada região ficaria responsável por decidir como seria a organização das reuniões, em conjunto ou não. Na Metropolitana I, continuamos com nosso espaço de discussão em separado das reuniões do consórcio, já que a plenária da

CIR entende que são espaços distintos, mas complementares no que diz respeito ao enfrentamento das necessidades da região. Eventualmente, utilizamos o espaço do consórcio para reuniões da CIR, por ser um local de conhecimentos da região e de fácil acesso para todos, inclusive para o município do Rio de Janeiro e o grupo de trabalho da rede de urgência e emergência, por ser a sede SAMU regional.

Quadro 8 – Deliberações que envolvem o Consórcio

Deliberação CIR M1	Objetivo	Solicitação de pauta por
Deliberação CIR M1 nº 08 de fevereiro de 2017	Pactua plano de ações prioritárias no setor saúde da Baixada Fluminense	CISBAF, ofício CISBAF/SE nº 062/2017
Deliberação CIR M1 nº 40 de agosto de 2017	Pactua o Projeto Redução de Fila de Espera para realização de exames diagnósticos de câncer de mama e de próstata na Baixada Fluminense	CISBAF, Ofício CISBAF/SE Nº 286/2017
Deliberação CIR M1 nº 27 de setembro de 2021	Pactua grupo técnico regional da região Metropolitana I para discutir e implementar o Serviço de Certificação de Óbitos que compõe a rede regional de certificação de óbitos no ERJ	SUBVAPS - Vigilância em Saúde por meio da Deliberação CIB Nº 6.483 de 12 de agosto de 2021. Consórcio integrante do GT
Deliberação CIR M1 nº 03 de janeiro de 2022	Pactuar Comissão de acompanhamento da municipalização do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Assessoria de regionalização – AR, Consórcio integrante do GT, por ser o gestor do SAMU Regional
Deliberação CIR M1 nº 17 de maio de 2022	Pactua a proposta de organização do serviço regional de certificação de óbitos na região da Baixada Fluminense com sede no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense – CISBAF	Grupo de trabalho SVO M1

Fonte: Elaboração própria, 2023.

As deliberações descritas no Quadro 8 foram relacionadas ao CISBAF, atestando a importância do consórcio na região e nas discussões no âmbito da CIR. Algumas pactuações, como a da grade de referência do SAMU Baixada Fluminense da rede de urgência e emergência, também estão ligadas ao consórcio.

6 DISCUSSÃO

O processo de descentralização do SUS, com base na municipalização, criou uma importante fragmentação do sistema de serviços de saúde, o que não foi acompanhado por instrumentos de planejamento e coordenação das ações governamentais.

O arranjo na municipalização reflete diretamente na regionalização, cujo foco era o avanço na descentralização, ou melhor, nas habilitações e os estados como planejadores e reguladores dos sistemas de referência municipal, ao invés de fortalecer a capacidade dos estados em articular, coordenar e cooperar nas relações intergovernamentais e na participação de atores não governamentais no processo (Albuquerque, 2018).

A regionalização pressupõe a organização das ações e serviços de saúde em uma região, assegurando atenção integral à população e a racionalidade dos gastos. Entretanto, existem desafios a serem superados na sua efetivação, como integrar e coordenar uma diversidade de ações e serviços de saúde em espaços geográficos heterogêneos, com entendimento de gestão distintas para atender às necessidades da população, com fragmentação na prestação dos serviços.

Viana e Iozzi (2019) destacam que o processo de regionalização da saúde no Brasil se diferencia dos países desenvolvidos, principalmente no que diz respeito à organização do sistema de saúde. Dawson, em seu relatório, analisa a organização de um sistema de saúde integrado, com comando único e coordenação de mecanismos de referência entre níveis ou territórios, enquanto no Brasil a discussão da equidade territorial se tornou um desafio na concretização das diretrizes do SUS.

[...] se diferencia daqueles implantados nos países desenvolvidos, muito voltados para a construção de redes e sistemas de atenção integrados. Estudos internacionais sobre a temática da regionalização sinalizam que os países desenvolvidos estimulam formas de organização de sistemas de saúde com centralidade no paciente, capazes de responder aos desafios epidemiológicos e à melhor performance dos serviços. No Brasil, os problemas de natureza estrutural se sobrepõem a uma estrutura incompleta de equipamentos e especialidades (recursos humanos e tecnológicos) pelo território, trazendo para o primeiro plano a questão da equidade territorial como o maior desafio a ser enfrentado para a concretização da diretriz da integralidade no SUS. (Viana; Iozzi, 2019, p. 7).

Outro aspecto que, segundo as autoras, sobrecarrega o processo de regionalização é o do “empresariamento da oferta de serviços de saúde, típico dos últimos anos” (Viana; Iozzi, 2019, p. 6):

Essa forma jurídica dos contratos para a gestão de equipamentos se difundiu pelo país, de maneira a abarcar diferentes níveis de atenção. O peso dos segmentos institucionais sob a égide do direito privado apresentou maior crescimento em período recente (2005 a 2013), o que atesta que a gestão local no país também é caracterizada pela maior presença de atores privados no manejo e determinadas políticas, à semelhança do percurso internacional retratado na primeira parte deste artigo.

Para Rodrigues e Santos (2010), a coordenação do processo de regionalização deve contar com a participação dos estados, visando estabelecer um planejamento das redes de serviços do SUS e a integração entre elas. Perpassa a representação dos municípios por meio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que participam da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no plano nacional, e dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), na esfera estadual, além da participação direta dos municípios nas CIR.

Frente a toda discussão sobre a regionalização, os consórcios intermunicipais de saúde surgem como arranjo institucional para superar as necessidades de coordenação e integração dos entes federados (Flexa; Barbastefano, 2020). Ao longo da trajetória da política de saúde, foram criados espaços de gestão com poder de decisão e alocação de recursos; assim, pensar alternativas que articulem a cooperação e coordenação entre as instâncias se faz necessário. Lui *et al.* (2020) reforçam a importância de construir estratégias nesse sentido: “o trabalho realizado de forma isolada por tais estruturas e níveis de governo tenderia a produzir comportamentos predatórios entre as partes, excessos de custos, sobreposição de atividades, vazios assistenciais dentro de um território e, também, competição por recursos” (Lui *et al.*, 2020, p. 5.067).

As propostas para o planejamento regional da região para os anos 2013/2016 visavam justamente dirimir as questões colocadas por Lui *et al.* (2020): discutir a sobreposição de atribuições entre consórcios que são semelhantes aos da CIR, como reunião mensal com os gestores. No entanto, o que marca a questão da presença dos gestores em um espaço em detrimento do outro são as pautas discutidas e a viabilidade de diálogo direto com a SES/RJ e com o Ministério da Saúde, na busca de investimentos para os municípios consorciados, o que vem demonstrar um conflito de interesses entre os gestores de saúde refletindo na participação

na plenária da CIR e tornando o processo de tomada de decisão frágil, devido à ausência do gestor.

Conforme mencionado no início deste trabalho, o estudo de Lima *et al.* (2020, p. 34) sinaliza uma “relação frágil” com a CIR Metropolitana I, em que o consórcio se sobrepõe à CIR como espaço de decisão, tornando o CISBAF um espaço de importância e reconhecimento pelos municípios da Baixada Fluminense, por sua existência ser anterior aos CGR, o que configurou uma instância regional. O estudo aponta também uma disputa entre SES e CISBAF nas decisões políticas da região, mas o fato é que o consórcio congrega prefeitos e secretários, o que reforça o consórcio.

Uma das dificuldades da CIR M1 é a presença dos gestores em sua reunião ordinária mensal. Conforme mencionado, a ausência do gestor municipal nos espaços de pactuação intergovernamental fragiliza a tomada de decisão, embora seus representantes suplentes (a suplência deveria ser eventual, e não permanente) tenham o poder de decisão delegado por esses gestores. Observamos que, na região Metropolitana I, há uma inversão de papéis, conforme descrito por Lima *et al.* (2020), pelo fato de a presença do consórcio ser anterior aos colegiados de gestão e principalmente em períodos em que o gestor estadual não tinha um papel bem definido na política de saúde. Há, assim, uma valorização do espaço do consórcio em detrimento do CGR/CIR. Esse cenário não foi trabalhado quando a SES/RJ implantou seu processo de regionalização, sobretudo quando não incluiu ou realizou diálogos com o consórcio sobre a região, quanto aos municípios da Baixada Fluminense.

Em 2017 a SES/RJ, em parceria com o COSEMS/RJ, realizou o programa Integra Saúde/RJ, que consistia no acolhimento aos novos gestores municipais nas regiões de saúde. Na região Metropolitana I, o evento foi realizado nas instalações do CISBAF, e na época o gestor estadual (foi secretário de Saúde de um município da região e consorciado) tinha o objetivo de integrar as duas instâncias da região, mas infelizmente não houve uma normatização da SES/RJ sobre o consórcio na regionalização do estado, e sim uma abertura de entendimento da importância desses atores na política de saúde no estado.

A importância do conhecimento do gestor estadual sobre as potencialidades, funcionalidade das instâncias de pactuação como a CIR e CIB e dos consórcios presentes no âmbito do seu território, enquanto secretaria de estado de Saúde, vai determinar todo o processo de trabalho da gestão. O gestor estadual tem papel fundamental na construção da regionalização do SUS, na responsabilidade de implementar o desenho das regiões e

promover a coordenação regional, o que faz com que exerça a função de coordenação interfederativa.

Para Albuquerque *et al.* (2018), a CIR não incorpora uma diversidade de atores que exercem influência e poder nas regiões em seu escopo de atuação. No âmbito regional, há diversas influências de atores que podem limitar a atuação da CIR, no sentido de as participações serem apenas pontuais, não estruturadas. Os objetivos desses atores são de interesses particulares, o que acaba dificultando a criação de uma identidade regional e enfraquecendo a cooperação e coordenação intergovernamental.

Albuquerque *et al.* (2020) atentam para que a cooperação e a coordenação regional do SUS estão para além do plano intergovernamental e da composição da CIR. São processos que se desenvolvem e fundamentam a ação de diferentes atores como profissionais, usuários, consórcios etc. Nesse sentido, como coordenação interfederativa, é necessário que o gestor estadual defina as bases para que as CIR desempenhem seu papel de governança regional, entendendo o papel e lugar de cada ator e agregando nas discussões regionais.

Sendo assim, as representações do nível central da SES/RJ na CIR e da secretaria executiva da CIR da região Metropolitana I, ao longo dos anos, buscaram estratégias de inclusão do consórcio nas discussões da comissão. Algumas orientações dos secretários de Saúde nas gestões visavam algumas estratégias para otimizar as agendas. Mas nada que normatizasse o espaço do consórcio no desenho da regionalização na SES/RJ. Sabemos, porém, que as decisões de saúde da região perpassam outros espaços de negociação e atores para além dos formalmente representados na CIR e que os interesses extrapolam o espaço da CIR e muitas das vezes não são levados para discussão (Albuquerque *et al.*, 2018).

A importância da articulação desses espaços reside na construção pelo consórcio de propostas de ações com estruturas regionalizadas na oferta de serviço. Para Lui *et al.* (2020, p. 5.072):

[...] não fica claro se é como tais iniciativas convergem com o trabalho das Comissões Intergestoras Regionais e as diretrizes da Programação Pactuada Integrada situadas dentro de cada estado da federação. Além disso, os consórcios de saúde não contam com instrumentos de participação, dificultando o controle social sobre suas atividades.

Sendo assim, como a Secretaria de estado de Saúde, na figura da Comissão Intergestores Regional, trata da relação institucional com o consórcio e do processo de regionalização do estado do Rio de Janeiro? Entendemos que a SES/RJ tem papel importante

na organização e na operacionalização desses espaços nas regiões, no sentido de institucionalizar as práticas e o lugar de cada ente.

Atualmente, as regiões de saúde do estado estão estruturando seus consórcios e futuramente irão desenvolver e mobilizar interesses em prol de estratégias para as necessidades de seus municípios consorciados e com a participação da SES/RJ por meio da Lei nº 9.447/2021.¹⁸

Recentemente, a SES/RJ por meio da Resolução nº 2.697, de 2 de março de 2023, instituiu grupo de trabalho para fomento dos consórcios públicos como instrumento de gestão regional das ações de média complexidade no estado do Rio de Janeiro. A composição do grupo de trabalho se dá pelo consórcio CISBAF, assessoria de regionalização e pelo gabinete. Essas informações e qual o produto das discussões do grupo de trabalho não chegaram à CIR.

Há pouco tempo, o Regimento interno da CIR – por meio da Deliberação CIR-Metropolitana I nº 43, de 29 de agosto de 2023, que pactua a atualização do Regimento Interno das Comissões Intergestores Regionais do Estado do Rio De Janeiro (CIR), e Deliberação CIB/RJ nº 7.974, de 21 de setembro de 2023, com o mesmo objeto de pactuação – foi atualizado e inseriu no Capítulo V - Da organização e Funcionamento, na Seção I - Plenário, o Art. 19, segundo o qual os Consórcios Intermunicipais unifinalitários (de Saúde) ou multifinalitários (com uma área de Saúde) poderão participar das reuniões das CIR, por meio dois representantes, indicados formalmente pelos consórcios, de acordo com os municípios associados que compõem as regiões de saúde, tendo direito a voz, mas sem direito a pactuação, a deliberar.

Embora inserção do Consórcio nas CIR seja como ouvinte, entendemos que a discussão dos assuntos que são tratados no consórcio seja informada às CIR, principalmente as questões relativas à compra de serviços ambulatorial e hospitalares para os municípios consorciados.

¹⁸ Lei nº 9.447/2021, que autoriza o Poder Executivo a participar de consórcios intermunicipais de saúde e desenvolvimento em regime de gestão associada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo descrever as relações da Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro e o Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense (CISBAF), no período compreendido entre 2009 e 2022.

Observamos que o processo de regionalização iniciado no estado do Rio de Janeiro no ano de 2009 discutiu com os gestores municipais a conformação do desenho das regiões de saúde. Na região Metropolitana I, o Consórcio CISBAF já existia desde 2000. A SES/RJ não realizou diálogos, nem incluiu no debate da regionalização do estado os consórcios existentes. Com isso, iniciou-se uma relação fragilizada com o consórcio, que para os municípios da Baixada Fluminense era o apoio regional.

Ao longo do tempo, tentativas de estreitamento foram lançadas, como a participação da secretaria executiva nas reuniões com os gestores no consórcio, o que não obteve resultados devido à dificuldade de entendimento do papel de cada ator. A presença da secretaria executiva da CIR, no entendimento dos gestores nas reuniões do Consórcio, já denotava uma discussão prévia para a CIR. Sendo assim, os gestores não compareciam às reuniões da CIR.

Como estratégia de sensibilizar os gestores a participarem das reuniões na CIR e como forma de estreitar as relações institucionais, os representantes do nível central da SES/RJ e da secretaria executiva, ambos da CIR, convidaram o consórcio a participar, como ouvinte, das reuniões da CIR. Apesar da relação frágil no início do processo, o consórcio levava pautas para pactuação na CIR, como forma de dar visibilidade e fortalecer o pleito para envio ao Ministério da Saúde. Da mesma forma, as relações para apresentação de pautas e informes por parte do consórcio foram instituídas, com orientação do nível central que as pautas seriam solicitadas por gestor da região, uma vez que o consórcio não é ente federado. Assim, o gestor do município sede do consórcio fazia a solicitação.

O conhecimento e amadurecimento do papel do Consórcio Intermunicipal de Saúde foi dando espaço à participação do CISBAF nas atividades no âmbito da CIR, como a

discussão no Planejamento regional, uma vez que ele possui diagnóstico da situação de seus municípios consorciados.

Apesar das dificuldades inerentes ao processo, o papel do gestor estadual é de extrema importância no processo de trabalho e norteamento das ações na condução da política estadual de saúde. A atual gestão da SES/RJ – sendo o secretário de estado de Saúde, Dr. Luisinho – tem interesse e diálogo na estruturação dos consórcios e ainda busca, nos consórcios, estratégias para auxiliar os municípios no que se refere às ações de média complexidade.

Como recomendação para enfrentamento desse cenário, o estudo ressalta a importância da discussão e reorganização da regionalização no âmbito da SES/RJ, no sentido de incluir esses dispositivos regionais. Enfatizamos a importância de que todas as estruturas da SES estejam alinhadas com a proposta da regionalização na qual a CIR, como governança regional, seja priorizada como fomentadora e disparadora de discussões referentes aos processos e propostas no âmbito da SES/RJ. Da mesma forma, as ações do consórcio referentes a projetos envolvendo os municípios da região devem ser convertidos para conhecimento e debate dessa comissão.

Estabelecer diálogo com as secretarias executivas das CIR sobre os consórcios é fundamental para a construção de uma política de regionalização, que trará um debate que certamente irá rever o regimento interno das CIR do estado do Rio de Janeiro. O debate em torno da CIR e Consórcio, que a região Metropolitana I elencou como ações no Planejamento Regional 2013/2016, ainda é atual, principalmente quando se refere às eleições municipais com mudança de gestão.

Conforme a recomendação acima, enfatizamos a necessidade de a Assessoria de Regionalização discutir e reforçar a todas as áreas técnicas da SES/RJ os fluxos para discussão nas CIR, observando a particularidade de cada região de saúde, em que cada Comissão pode pactuar organização de funcionamento (como fluxo de pautas, apresentações), além das já estruturadas no regimento interno. Isso evitaria que pautas fossem encaminhadas sem tempo para análise pela Câmara Técnica e ainda fortaleceria esses espaços de pactuação e discussão regional.

O trabalho mostra que, apesar de a SES/RJ não ter uma normatização referente aos consórcios, a região buscou alternativas para melhorar a relação institucional; mesmo em períodos nos quais a gestão não possuía um debate, buscou-se um estreitamento nas relações.

Infelizmente, não possuímos na nossa prática informações sobre como a SES/RJ vem tratando os consórcios. Sendo assim, o estudo vem reforçar a necessidade de um amplo debate na SES/RJ, e sobretudo com as CIR e secretarias executivas, para discutir e formalizar a participação dos consórcios nesses espaços de pactuação na política estadual de saúde do estado do Rio de Janeiro.

Apesar da atualização do regimento interno das CIR, com a inclusão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde na composição dessas comissões como ouvintes, ainda se faz necessário discutir a SES/RJ como coordenação interfederativa, responsável pela regionalização no estado em um projeto que articula essas instâncias para além da participação nas CIR, principalmente em relação ao financiamento de projetos apresentados pelos consórcios. As diretrizes para o financiamento serão baseadas em que diagnósticos? Em estudos do consórcio, no Planejamento Regional Integrado ou no Plano Estadual de Saúde? Serão submetidos às CIR? Cada região de saúde possui um perfil diferenciado e assim como consórcios são politicamente diferenciados, como a SES/RJ vai conduzir a regionalização frente a essas questões?

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 23, n. 10, p. 3151-3161, 2018 [Acessado 2 novembro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13032018>>.
- ALBUQUERQUE, M. V. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. 2013. Tese (Doutorado) - USP, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01042014-114150/publico/MarianaVercesideAlbuquerque.pdf> Acesso em: 27 out. 2022.
- ANDRADE, S. K. V. *et al.* Consórcio Público de Saúde no processo de regionalização: análise sob o enfoque da ação coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online], v. 32, n. 1, e320107, 2022 [Acessado 21 agosto 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320107> <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320107en>>.
- ARRETCHE, M.; RODDEN, J. Política distributiva na Federação: estratégias eleitorais, barganhas legislativas e coalizões de governo. *Dados*, v. 47, p. 549-76, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582004000300004>.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *VIII Conferência Nacional de Saúde*. <https://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/2349-8-conferencia-nacional-de-saude-1986>. Acesso em: 29 out. 2022.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil* de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acesso em: 26 out. 2022.
- BRASIL. *Decreto nº 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. 2011ª Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.html. Acesso em: 25 out.2022.
- BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. *Norma Operacional Básica*. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf Acesso em: 26 out. 2022.
- BRASIL. *Lei nº 12.466*, de 24 de agosto de 2011. Dispõe sobre acrescentar arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm Acesso em: 29 nov. 2022.

BRASIL. *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: [https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-atualizada-pl.pdf](https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-1990-365093-norma-atualizada-pl.pdf) Acesso em: 26 out.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 545*, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html Acesso em: 27 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.203*, de 6 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm> Acesso em: 26 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 399*, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf. Acesso em: 26 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf> Acesso em: 26 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas Públicas de saúde e de Avaliação. *O consórcio e a gestão municipal em saúde*. Brasília, 1997a.

BRASIL. *Portaria nº 3.362*, de 8 de dezembro de 2017c. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3362_13_12_2017.html Acesso em: 28 nov.2022.

BRASIL. *Resolução nº 37*, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde, 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 28 nov. 2022.

CAJUEIRO, J. P. M. *O processo de regionalização do Sistema Único de Saúde no Brasil nos anos 2000: uma contribuição para o debate a partir do estudo da Região Metropolitana de Campinas*. 2019. Tese (Doutorado) – UNICAMP, Campinas-SP, 2019.

CONSÓRCIO INTERMUNCIPAL DE SAÚDE DA BAIXADA FLUMINENSE. *Instrumento de Gestão Regional das Políticas Públicas de Saúde*. Disponível em: <https://cisbaf.org.br/> Acesso em: 10 ago.2022.

FLEXA, R. G. C.; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 25, n. 1, p. 325-338, 2020. [Acessado 16 outubro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>>.

GADELHA, C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. V. F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/38.pdf> Acesso em: 27out. 2022.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa- tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?format=pdf> Acesso em: 18 nov. 2022.

GOMIDES, E. F. C. *Estratégias e desafios dos consórcios intermunicipais de saúde: um estudo de caso comparativo dos CIS no estado do Paraná e o processo de consorciamento no estado de Goiás*. 2021. 137 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/desafios-da-governanca/> Acessado em 20 jun 2023.

IBGE. *Coordenação de população e indicadores sociais*. Rio de Janeiro. 2020.90p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101770.pdf> Acesso em: 28 nov 2022.

JACCOUDE, L.; VIEIRA, S. F. Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: *Desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação*. Texto para discussão. Brasília: IPEA. 2008.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010 [Acessado 18 setembro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>>.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MAHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. [Acessado 29 outubro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002>>.

LEVICOVITZ, E. *Transição X Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da Política Nacional de Saúde – 1974/1996*. 1997. Tese (Doutorado) - Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro, 1997.

LIMA, A. P. G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [online], v. 16, n. 4, p. 985-996, 2000 [Acessado 21 agosto 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400017>>.

LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M. V.; SCATENA, J. H. G. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. *Novos Caminhos*, n. 8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2015. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/02/Novos-Caminhos-8.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2023.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N.; MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência saúde coletiva* [Internet], v. 17, n. 7, p. 1903-14, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>.

LIMA, L. D. *et al.* 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. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz, 2020. 60p. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/46118/4/Relat%c3%b3rio%20Executivo_Pesquisa Acesso em: 22 nov. 2022.

LOPREATO, F. L. C. Federalismo brasileiro: origem, evolução e desafios. *Econ soc* [Internet], v. 31, n. 1, p. 1-41, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2022v31n1art01> Acesso em: 24 maio 2023.

LUCCHESI, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas/IPEA*. 1996, 14: 75-156 Acesso em: 12 abr. 2023.

LUI, L.; SCHABBACH, L. M.; NORA, C. R. D. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 25, n. 12, p. 5065-5074, 2020. [Acessado 2 novembro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.03752019>>.

MACHADO, J. A.; PALOTTI, P. L. M. Entre cooperação e centralização: Federalismo e políticas sociais no Brasil Pós-1988. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 30, n. 88, p. 61-82, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.17666/308861-82/2015>.

MELLO, G. A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017. [Acessado 18 setembro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>>.

MORAIS, R. *et al.* Vantagens e desafios dos consórcios intermunicipais de saúde: um ensaio teórico. *RDE-Revista de Desenvolvimento Econômico*, v. 2, n. 49, 2021.

OLIVEIRA, L. M. M. Consórcios Intermunicipais no processo de regionalização do SUS: Caso ABC. *44º Encontro Anual da ANPOCS - GT33*. 2020.

OUVERNEY, A. M.; CARVALHO, A. L. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Federalismo Cooperativo, Regionalização e o Perfil de Governança Institucional das Comissões Intergestores Regionais no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 10, p. 4715-4726, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.22882020>.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 12, n. supl., p. 1819-1829, 2007 [acessado 2 novembro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700005>>.

PARADA, R. A construção do sistema estadual de saúde: antecedentes e formas de inserção. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-104, 2001.

PERES, A. M. A. M. *A municipalização é o caminho?* Dissertação (Mestrado) - Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

PREUSS, L. T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. *Revista Katálysis* [online], v. 21, n. 2, p. 324-335, 2018. [Acessado 24 novembro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p324>>.

PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. *PROADI – SUS*. Disponível em: PROADI (proadi-sus.org.br) Acesso em: 29 nov. 2022.

REIS, A. A.C. *et al.* Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 22, n. 4, p. 1045-1054, 2017 [Acessado 25 novembro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016>>.

RIBEIRO, J. M; COSTA, N. R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: Consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planejamento e Políticas Públicas*, Rio de Janeiro, n. 22, p. 173-220, 2000.

RIBEIRO, J.n M. *et al.* Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, 2018. [Acessado 19 outubro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07932018>>.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1075-1084, 2017 [Acessado 29 novembro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28102016>>.

RIO DE JANEIRO (Estado). *Atualização do Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Estado de Saúde 2012/2013*. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzA0OQ%2C%2C> Acesso em: 23 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). *Deliberação CIB nº 26*, de 20 de outubro de 1998. Cria a Comissão da Programação Pactuada Integrada. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/292-cib-1998/outubro/33-deliberacao-cib-rj-n-0026-de-20-de-outubro-de-1998.html> Acesso em: 28 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). *Deliberação CIB nº 839*, de 28 de janeiro de 2010. Aprova as Diretrizes da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde no Sistema Único de Saúde. Disponível em: www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/82-2010/janeiro/787-deliberacao-cib-rj-n-0839-de-28-de-janeiro-de-2010.html Acesso em: 28 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). *Deliberação CIB nº 1.452*, de 9 de novembro de 2011. Aprova as regiões de saúde que menciona abaixo. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/80-2011/novembro/1221-deliberacao-cib-no-1452-de-09-de-novembro-de-2011.html> Acesso em: 23 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). *Deliberação CIB nº 753*, de 13 de novembro de 2009. Aprova nova região de saúde que menciona. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes/cib/104-2009/novembro/593-deliberacao-cib-no-0753-de-13-de-novembro-de-2009.html?highlight=Wzc1M10=> Acesso em: 23 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). *Deliberação CIB-RJ nº 5.370*, de 14 de junho de 2018a. Pactuar a aprovação das macrorregiões de saúde no estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/579-2018-deliberacoes/junho/5926-deliberacao-cib-rj-n-5-370-de-14-de-junho-de-2019.html> Acesso em: 28 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). *Deliberação CIB-RJ nº 5.630*, de 13 de dezembro de 2018 – Pactuar a revogação da deliberação CIB-RJ nº 5.370 de 14 de junho de 2018. 2018c Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/585-2018-deliberacoes/dezembro/6190-deliberacao-cib-rj-n-5-630-de-13-de-dezembro-de-2018.html>. Acesso em: 28 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). *Deliberação CIB-RJ nº 718*, de 03 de setembro de 2009 - Aprovar a descentralização de recursos financeiros, do Fundo Estadual de Saúde, diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, referentes ao incentivo destinado ao apoio da organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), para os Municípios de Campos dos Goytacazes, Angra dos Reis, Três Rios, São João de Meriti, Niterói e Volta Redonda, provenientes da Portaria nº 2691/GM, de 19 de outubro de 2007, que dispõe que o valor de R\$20.000,00 (vinte mil reais) por CGR, em parcela única. Disponível em <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/102-2009/setembro/669-deliberacao-cib-no-0718-de-03-de-setembro-de-2009.html> Acesso em: 24 nov 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde *O processo de regionalização no estado do Rio de Janeiro*. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro> Acesso em: 23 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *Mapa político-administrativo com divisão por região de saúde*, 2022. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro> Acesso em: 23 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *Planejamento Integrado em Saúde. Regiões de Saúde Metropolitana I*. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/planejamento-em-saude/regioes-de-saude/planejamento-regional-integrado> Acessado em: 30 out. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *População residente estimada para o ano de 2021*. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?populacao/pop_populacao_estimada.def. Acesso em: 23 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberação CIB-RJ nº 648*, de 05 de maio de 2009. Constituir os Colegiados de Gestão Regional do estado do Rio de Janeiro mencionados abaixo. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/98-2009/maio/734-deliberacao-cib-no-0648-de-05-de-maio-de-2009-republicada.html/> Acesso em: 23 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO. (Estado). *Deliberação CIB nº 4.656*, de 24 de agosto de 2017 - Pactua a atualização do Regimento Interno das Comissões Intergestores Regionais do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/567-2017/agosto/5189-deliberacao-cib-n-4-656-de-24-de-agosto-de-2017.html>. Acesso em: 23 nov. 2022.

RIO DE JANEIRO. (Estado). *Deliberação CIB-RJ nº 6.475*, de 12 de agosto de 2021 – Pactua a macrorregião de saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/736-2021/agosto/7200-deliberacao-cib-rj-n-6-475-de-12-de-agosto-de-2021.html>. Acesso em: 28 nov. 2022.

ROCHA, A. V. F. *Consórcios Intermunicipais: Complemento para a municipalização da saúde no Brasil*. 2004. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Economia, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2004.

ROCHA, R.; RACHE, B.; NUNES, L. A Regionalização no Brasil. *Estudo institucional*, n. 7. São Paulo. Instituto de Estudos para políticas de Saúde. 2022.

RODRIGUES, P. H. de A. Os 'donos' do SUS, *RECIIS - Rev Eletrônica de Comunicação informação e Inovação em saúde*, v 10, n. 4, out-dez. 2016. Disponível em: www.reciis.icict.fiocruz.br.

RODRIGUES, P. H. de A.; SANTOS, I. S. *Saúde e cidadania – uma visão histórica e comparada do SUS*. 2ªed. São Paulo: Atheneu, 2010.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: Estratégia e disputa para gestão de saúde. *Revista de Saúde Pública* [online], v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014 [Acessado 18 setembro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045>>.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saúde e Sociedade* [online], v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001. [Acessado 20 novembro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902001000200005>>.

SCHNEIDER, A. Os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online], v. 11, n. 2, p. 51-66, 2001 [Acessado 30 novembro 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312001000200004>.

SOUZA, R. R. *Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo*. Dissertação (Mestrado) – IMS/UERJ, Rio de Janeiro. 2002.

STUCKENBRUCK, N. R. *Interesses públicos e privados na rede SUS de Petrópolis*. 2022. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

TEIXEIRA, L.; MAC DOWELL, M. C.; BUGARIN, M. Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos. *Revista Brasileira de Economia*, v. 57, n. 1, p. 253-281, 2003 [Acessado 21 agosto 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71402003000100011>>.

VIANA, A. L. A. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. inspirado em perspectiva, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/33079/2/NovasPerspectivas.pdf> Acesso em: 12 dez 2023

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A. L. A.; IOZZI, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, e00022519, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022519>

YUNES, J. O SUS na lógica da descentralização. *Estudos avançados*, v. 13, n. 35, p. 51-64, 1999.

APÊNDICE – Carta de anuência



Governo do Estado do Rio de Janeiro

Secretaria de Estado de Saúde

Subsecretaria Geral

CARTA DE ANUÊNCIA

FLUXO BASEADO NA RESOLUÇÃO SES/RJ Nº 2.361/2021

CARTA EM CONCORDÂNCIA COM A CARTA Nº 0212/CONEP/CNS/2010

CARTA EM CONCORDÂNCIA COM A RESOLUÇÃO CNS 466/2012

O setor de Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, em conjunto com a Assessoria de Regionalização vem por meio desta declarar estar ciente e conceder anuência para a pesquisadora **Patricia Vanda dos Santos Rocha**, da instituição: Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ) para realização da pesquisa intitulada "**Regionalização, Comissão Intergestores Regional (CIR) e Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS): Uma análise da relação interfederativa na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, no período entre 2009 a 2022**" no âmbito da SES/RJ.

Declara-se ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466/2012.

Declara-se esta autorização está condicionada a realização de pesquisa em banco de dados com restrição de identificações pessoais ou informações classificadas como sigilosas por razões de segurança e saúde pública, previsto pela legislação de acesso à informação pública - Lei nº 12.527/2011. Caso o pesquisador solicite dados que não estão previstos nesta legislação será necessário que o projeto seja submetido à(aos) Comitê(s) de Ética em Pesquisa pertinentes. No caso da não aprovação do protocolo em comitê de ética de pesquisa ocorrerá a retirada automática da anuência das Áreas Técnicas desta instituição.

Carina Pacheco Teixeira
Superintendente de Educação em Saúde
ID: 50005839

Monique Zita dos Santos Fazzi
Assessora Chefe de Regionalização
ID: 4271472-9

Rio de Janeiro, 5 de abril de 2023



Documento assinado eletronicamente por **Carina Pacheco Teixeira, Superintendente**, em 05/04/2023, às 16:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21/] e 22º do Decreto nº 46,730, de 9 de agosto de 2019.



Documento assinado eletronicamente por **Monique Zita dos Santos Fazzi, Assessora Chefe**, em 12/04/2023, às 12:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21/] e 22º do Decreto nº 46,730, de 9 de agosto de 2019.



A autenticidade desse documento pode ser conferida no site:
http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **49847890** e o código CRC **A93B67A2**

Referência: Processo nº SEI - 080001/007365/2023

SEI nº 49847890

Rua México,128 - Bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-142

Telefone: - www.saude.rj.gov.br