

**Avaliação do desempenho das regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro**

**Evaluation of the performance of health regions in the State of Rio de Janeiro**

**Evaluación del desempeño de las regiones sanitarias en el Estado de Río de Janeiro**

Recebido: 15/06/2020 | Revisado: 15/06/2020 | Aceito: 15/06/2020 | Publicado: 28/06/2020

**Alexandra de Oliveira Matias Ferreira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1003-2754>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [alexandrauff@gmail.com](mailto:alexandrauff@gmail.com)

**Zenith Rosa Silvino**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2848-9747>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: [zenithrosa@id.uff.br](mailto:zenithrosa@id.uff.br)

**Resumo**

Este estudo tem como objetivo avaliar o desempenho dos indicadores despesas em saúde pública nas nove Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Para tanto, foram extraídos dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), de domínio público, envolvendo as nove Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, com periodicidade anual entre os anos de 2007 a 2016, ajustados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Em seguida, os dados foram analisados através de estatística descritiva e apresentados sob a forma de tabela e gráfico. Os dados evidenciaram que as regiões metropolitanas I e II vem mantendo suas despesas totais e por habitantes em declínio nos últimos anos. Em contrapartidas, as RS da Baixada Litorânea, Baía da Ilha Grande e Norte apresentam suas despesas crescente, sendo que está última, as diferenças atingem resultados considerados pronunciadamente elevadas. Estas RS usufruem de acréscimos em suas receitas de incentivos oriundos da produção de Petróleo e Gás ou incentivo tributário estadual ambiental. Considera-se que apesar das elevadas despesas em saúde das três RS em comparação com as duas RS metropolitanas, não se pode inferir que a qualidade dos processos de produção e produtos de saúde destes últimos são piores, pois os índices de desenvolvimento humanos são mais elevados nestas regiões de saúde do que nas RS de maiores despesas em saúde no período pesquisado.

**Palavras-chaves:** Avaliação em Saúde; Regionalização; Atenção à saúde; Economia da saúde.

## Abstract

This study aims to evaluate the performance of public health expenditure indicators in the nine Health Regions of the State of Rio de Janeiro. Data from the Public Health Budget Information System (SIOPS), in the public domain, involving the nine Health Regions of the State of Rio de Janeiro, with annual periodicity between 2007 and 2016, adjusted by the National Broad Consumer Price Index (IPCA), were extracted. Then, the data were analyzed through descriptive statistics and presented in the form of table and graph. The data showed that metropolitan regions I and II have been maintaining their total expenditures and declining per inhabitant in recent years. In contrast, the RS of the Coastal Lowland, Ilha Grande Bay and North have their expenses increasing, and it is last, the differences reach results considered pronouncedly high. These RS enjoy increases in their revenues from incentives from oil and gas production or state environmental tax incentives. It is considered that despite the high health expenses of the three RS compared to the metropolitan health regions, it cannot be inferred that the quality of the production processes and health products of the latter are worse, because the human development rates are higher in these health regions than in the RS of higher health expenditures in the period studied.

**Keywords:** Health Evaluation; Regional health planning; Health care (Public Health); Health economics.

## Resumen

Este estudio tiene como objetivo evaluar el desempeño de los indicadores de gasto en salud pública en las nueve Regiones de Salud del Estado de Río de Janeiro. Se extrajeron datos del Sistema de Información Presupuestaria de Salud Pública (SIOPS), de dominio público, en el que participaron las nueve Regiones de Salud del Estado de Río de Janeiro, con periodicidad anual entre 2007 y 2016, ajustado por el índice nacional de precios al consumidor (IPCA). Luego, los datos se analizaron a través de estadísticas descriptivas y se presentaron en forma de tabla y gráfico. Los datos mostraron que las regiones metropolitanas I y II han mantenido sus gastos totales y disminuyendo por habitante en los últimos años. En contraste, la RS de las Tierras Bajas Costeras, Ilha Grande Bay y North tienen sus gastos aumentando, y es el último, las diferencias alcanzan resultados considerados pronunciadamente altos. Estos RS disfrutaron de aumentos en sus ingresos por incentivos de la producción de petróleo y gas o incentivos fiscales ambientales estatales. Se considera que, a pesar de los elevados gastos sanitarios de los tres RS en comparación con las regiones metropolitanas de salud, no se puede deducir que

la calidad de los procesos de producción y los productos sanitarios de estos últimos sean peores, porque las tasas de desarrollo humano son más altas en estas regiones de salud que en el RS de mayores gastos sanitarios en el período estudiado.

**Palabras clave:** Evaluación em Salud; Regionalización; Atención a la salud; Economía de la salud.

## 1. Introdução

Ano após ano, cada parlamentar brasileiro realiza uma série de emendas ao orçamento federal para beneficiar um ou mais municípios de sua escolha e esses por sua vez beneficiam grupos que nem sempre necessitam dos recursos para promover qualidade de vida e bem-estar. A Constituição de 1988 reabilitou a participação do Legislativo, após um período ditatorial, em que apenas o Executivo definia o gasto público (Baião; Couto, & Oliveira, 2019).

Hoje vemos estarecidos no Estado do Rio de Janeiro, os números de infectados e mortos pela COVID-19 aumentar sob nossos olhos, semana após semana, dando a entender que esse fenômeno passa pela compreensão da imaturidade dos gestores públicos em negociar as prioridades dos recursos escassos na saúde numa sociedade democrática, como também o fraco engajamento político (representação democrática) que pode minimizar uma variedade de formas de controle e de supervisão por parte dos cidadãos (Rocha, Zuccolotto, & Teixeira, 2020).

Neste contexto, a economia da saúde é uma metadisciplina que preenche a lacuna entre a teoria da economia e a prática dos cuidados de saúde considerada parte fundamental da Economia Social da Atenção à Saúde (ESAS) (Scott, Maynard, & Elliott, 2003). Ela estuda como o mercado da saúde se comporta em relação às decisões acerca da produção e do consumo de recursos e como elas são feitas por produtores individuais e consumidores. É uma área de conhecimento que surgiu como decorrência direta de reflexões relacionadas ao campo da assistência no setor privado (Mooney, 2003).

Como na economia tradicional, a economia na saúde é vista pelo olhar das ciências sociais cujo objetivo é identificar e qualificar as respostas oferecidas pelos diferentes componentes das sociedades para a questão da vida humana, da dignidade humana, da equidade, do conforto e da qualidade de vida, como forma de alocar os recursos de forma eficiente e evitar desperdícios, incluindo os efeitos da incerteza sobre o comportamento humano (Nero, 1995).

A disciplina da economia é fundamentalmente uma ciência sobre escassez e a economia da saúde se estabelece como uma disciplina sobre a escassez nos cuidados de saúde ao tratá-la como uma mercadoria escassa em todas as sociedades. Notadamente, apesar dos estudiosos de economia da saúde ter a compressão do princípio da escassez para a população, esse princípio ficou mais evidente na pandemia de COVID-19, cuja demanda por produção de cuidados de saúde esbarrou, em toda sua abrangência, num momento de escassez de recursos de saúde (profissionais de saúde, medicamentos, equipamentos, leitos hospitalares etc.) para atender às necessidades humanas básicas.

Neste aspecto, o Estado Intervencionista, às voltas com os gastos cada vez mais crescentes, o obrigou a incorporar formas modernas de organização e gerência oriundos do modelo privado. Tal contexto reservou ao orçamento papéis mais complexos na área administrativa, particularmente como veículos da programação de trabalho do governo, que ligam funções decisórias, executivas, de gestão financeira e de controle para garantir concretude à ação planejada do Estado e espelham as prioridades das políticas públicas que serão priorizadas pelo governo (Salvador, 2015; Giacomoni, 2017).

Em 2012, o Decreto nº. 7508/2011, instaurou os planos de ação para construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que vem se consolidando pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR), onde sequencialmente as prioridades focam-se na eficiência alocativa nas transferências de recursos financeiros entre os entes federados (Pinheiro, Peres, Velloso, & Caldas., 2014; Kadri, 2019). Tendo em vista o modelo da política pública contemporânea, que se estrutura numa dinâmica institucional de intervenção pública, caracterizada pela flexibilidade da cooperação intergovernamental, para se alcançar os resultados dos seus programas pelo financiamento em conjunto, as RS devem contemplar as realidades locais e ultrapassar o modelo instituído hegemonicamente (Vianna, & Silva, 2002; Kadri, 2019).

Como em todos os Estados do Brasil, a partir de 2012, a atenção à saúde no Estado do Rio de Janeiro é organizada em regiões de saúde. Esse modelo é uma estratégia de regionalização empregada em vários sistemas de saúde universais, para encontrar meios de gerenciar os recursos de forma pactuada e equitativa em blocos de municípios que apresentem características socioeconômicas, saúde e cultural parecidas, mas que possuem capacidade instalada, recursos humanos quantitativamente e qualitativamente díspares (Mendes, 2011).

Neste ponto, o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios do Estado do Rio de Janeiro deve atender ao princípio de descentralização e, por conseguinte, da regionalização, pois, representa um dos maiores avanços da saúde pública (Mendes, 2011; Vianna & Silva, 2002; Kadri, 2019). Ao mesmo tempo que é um avanço também é um grande

desafio para os gestores regionais de saúde analisar os resultados de saúde agrupados, em decorrência das heterogeneidades tributárias, das capacidades instaladas de saúde e populacionais de cada região de saúde (Salvador, 2015).

Para avaliar se as ações determinadas no orçamento estão sendo executadas pelas regiões de saúde é preciso analisar o seu desempenho. O desempenho das regiões de saúde, aplicação do conceito regionalização, refere-se à economia da saúde que tem a perspectiva de solucionar problemas dentro de uma área geograficamente definida, referindo-se a todas as atividades econômicas e institucionais, ou seja, qualquer recurso que envolve a escassez e escolha numa área circunscrita (Wonderling; Gruen & Black, 2005). Usando esses dois conceitos é possível mensurar o desempenho de uma economia nas abrangências global, nacional, regional ou, até uma economia específica de um posto de saúde.

Sendo assim, a proposta da região de saúde é uma forma de equilibrar os recursos de saúde com intuito de que a população dos seus municípios tenha a sua disposição recursos de saúde quantitativamente e qualitativamente de qualidade disponíveis, equilibrando as suas diferenças municipais. Assim, a vitória do grupo é administrar com eficiência os blocos de municípios com tamanhas desigualdades em um país tão complexo, como o Brasil (Mendes, 2011; Pinheiro, Peres, Velloso, & Caldas., 2014; Kadri, 2019).

Considerando que a retomada da centralização da gestão dos recursos de saúde somente a nível federal seria algo desastroso, amparado pelos discursos políticos de hoje. Hagen & Kaarbøe (2002) descrevem que a experiência norueguesa do envolvimento do governo central na tomada de decisão do governo local e municípios podem levar a obscurecer as responsabilidades e culminar na falta de transparência, pois, segundo esses autores, governar implica responsabilidades compartilhadas para financiamento de serviços específicos. Visto que existem vários países europeus que se mobilizam para encontrar o melhor modelo de gestão da saúde pública de forma a dar transparência ao financiamento e às despesas, sendo a descentralização a forma preterida por eles (Hagen, Kaarbøe e, 2002; Ackroyd, Kirlpatricl, & Walker, 2007).

Como forma de melhorar a compreensão do desempenho das regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro pelo seu orçamento público, na consolidação do modelo de rede de saúde do SUS, tendo em vista as mudanças ocorridas na administração pública nas últimas décadas, verifica-se que, tanto para a população quanto para os prestadores de cuidados que tomam decisões com base em informação, poucos são os cidadãos que sabem buscar informação de qualidade para explicar como o orçamento público chega até o seu local de origem para as negociações dos grupos sociais que determinem o gasto público num

determinado período pelas suas necessidades(Giacomoni, 2017; Baião; Couto&Oliveira, 2019).

Diante do contexto, este estudo tem por objetivo avaliar o desempenho dos indicadores despesas em saúde pública nas nove Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

## **2. Metodologia**

Este estudo descritivo utiliza dados secundários de domínio público, envolvendo as nove RS do Estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2007 a 2016, organizados conforme a região de saúde.

Os municípios foram agrupados pelas nove Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro: Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana.

A análise do financiamento em saúde foi realizada por meio de indicadores do período de 2007 a 2016, oriundos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), no Portal da Saúde.

Os indicadores da despesa municipal utilizados com a saúde foram os seguintes: despesas por habitante, despesas totais e população residente por Região de Saúde, entre os anos de 2007 e 2016. O SIOPS ainda não disponibiliza os dados agrupados por regiões de saúde, de modo que estes foram extraídos da base e compilados no Excel®, de forma a se ter um banco de dados regional. Já os indicadores utilizados para as despesas foram: a média dos valores por região para cada ano da série e a variação no período das despesas de 2007-2016.

Os valores das despesas de saúde foram corrigidos para 2016 pela variação média anual do IPCA que consiste na variação entre as médias dos seus 12 números-índices. Para os dados de população foram utilizadas duas fontes de informação: para os anos de 2007 a 2015 foi utilizada a estimativa empregada na metodologia da Rede Interagencial de Informação para Saúde (RIPSA) e para o ano de 2016, empregou-se as estimativas que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) faz para o Tribunal de Contas da União (TCU).

## **3. Resultados**

As variações do comportamento da população das regiões de saúde são decorrentes de correntes migratórias, como podem ser observados na Tabela 1.

**Tabela 1.** População das regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (em milhões de habitantes).

RS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Varição 2007-2016
Baía da Ilha Grande	228	234	239	245	250	255	260	265	270	274	20,3%
Baixada Litorânea	624	644	664	683	701	719	736	753	769	784	25,7%
Centro-Sul	316	318	320	321	322	324	325	327	328	329	4,0%
Médio Paraíba	846	851	855	860	864	868	872	876	879	883	4,3%
Metropolitana I	9.793	9.839	9.883	9.926	9.967	10.006	10.045	10.082	10.118	10.153	3,7%
Metropolitana II	1.902	1.919	1.935	1.951	1.966	1.980	1.995	2.008	2.022	2.035	7,0%
Noroeste	329	330	331	332	333	334	335	336	337	337	2,7%
Norte	806	818	830	841	852	863	873	883	892	901	11,8%
Serrana	902	907	912	916	920	925	929	933	936	940	4,1%

Fonte: SIOPS/MS.

A Região Metropolitana I, que foi a sede da República até a década de 60 do século passado, apresenta a maior concentração da população fluminense como pode ser observado na tabela 1, mas também apresentou um decréscimo populacional considerado inferior à média do Estado para os anos estudados. As regiões da Baixada Litorânea e da Baía da Ilha Grande foram as que registraram maiores crescimentos populacionais, mais de quatro vezes em relação à média do Estado. Observa-se na Tabela 2 os dados referentes às despesas totais com saúde e as variações entre os anos de 2007 a 2016.

**Tabela 2.** Variação das despesas totais com saúde das regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro em milhões de Reais.

RS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Varição 2007- 2016
Baía da Ilha Grande	206	242	280	331	362	379	411	484	450	397	93,0%
Baixada Litorânea	391	452	461	531	569	661	776	926	816	609	55,5%
Centro-Sul	190	209	212	243	272	300	334	346	308	306	60,5%
Médio Paraíba	467	514	634	624	707	764	948	962	907	768	64,6%
Metropolitana I	4.061	4.432	4.334	5.098	5.860	6.632	6.902	7.052	6.713	6.929	70,6%
Metropolitana II	681	685	715	852	969	1.132	1.335	1.638	1.298	1.123	64,9%
Noroeste	217	244	263	285	297	281	289	385	370	347	59,6%
Norte	552	847	930	1.158	1.249	1.401	1.623	1.785	1.658	1.525	176,1%
Serrana	525	581	597	648	716	776	866	924	919	834	58,8%

Fonte: SIOPS/MS.

A Tabela 2 apresenta os valores das despesas pelas RS com saúde em R\$ milhões. É interessante observar o aumento das despesas por habitantes da região Norte, sendo que o pico aconteceu no ano de 2014. Apesar das despesas por habitantes recuar nos anos seguintes, sua variação alcançou 176,1% em nove anos. Ao passar para Tabela 3 se contempla as diferenças das despesas totais por habitantes em relação à média de despesa do Estado, onde podemos constar que o comportamento das duas RS se mantém.

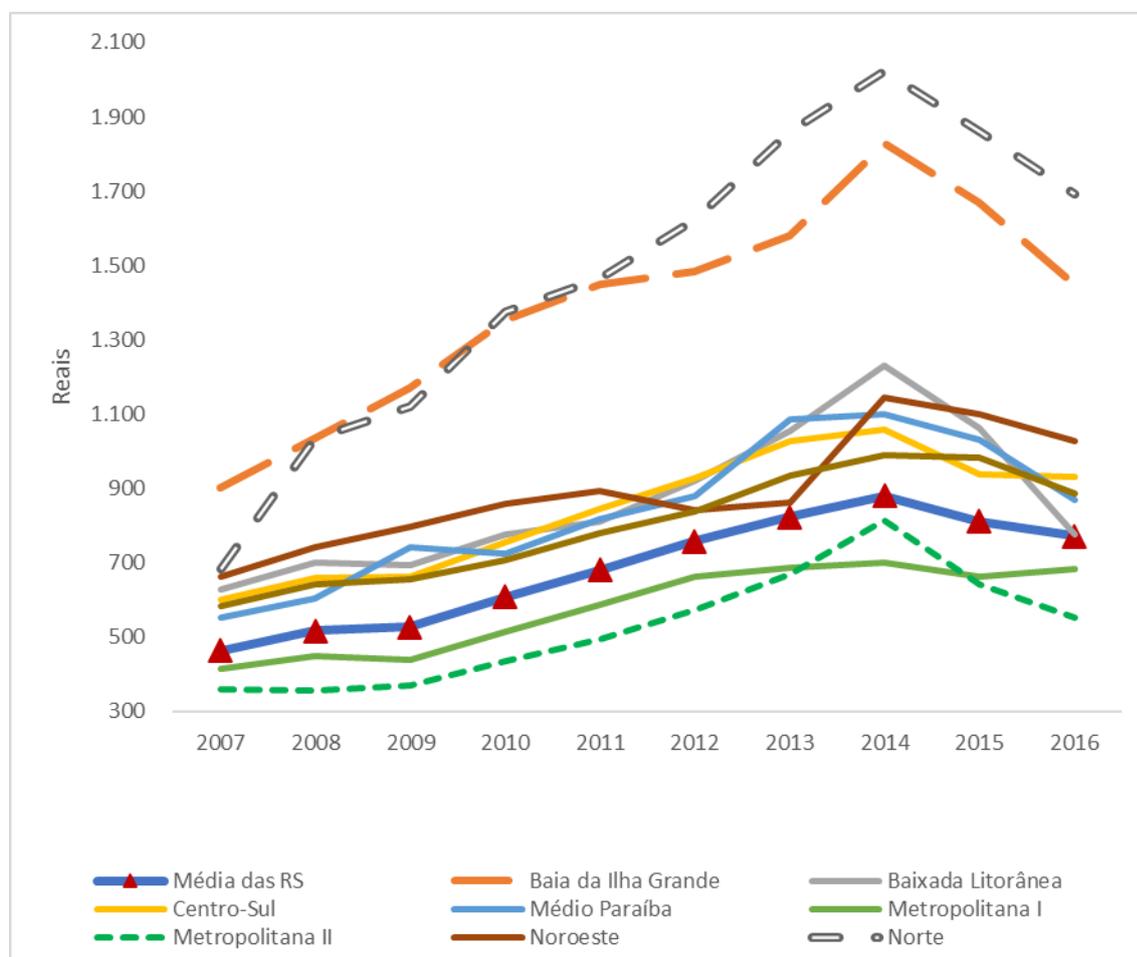
**Tabela 3.** Diferenças das despesas totais com saúde por habitante em relação à média do Estado anualmente.

Região de Saúde	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Baía da Ilha Grande	95%	100%	122%	122%	113%	96%	92%	107%	106%	88%
Baixada Litorânea	35%	36%	32%	28%	19%	21%	28%	40%	31%	1%
Centro-Sul	30%	27%	26%	24%	24%	22%	25%	20%	16%	20%
Médio Paraíba	19%	17%	40%	19%	20%	16%	32%	25%	27%	13%
Metropolitana I	-10%	-13%	-17%	-15%	-14%	-12%	-17%	-21%	-18%	-12%
Metropolitana II	-23%	-31%	-30%	-28%	-28%	-25%	-19%	-7%	-21%	-28%
Noroeste	43%	43%	51%	41%	31%	11%	5%	30%	35%	33%
Norte	48%	100%	112%	126%	115%	114%	126%	130%	129%	119%
Serrana	26%	24%	24%	16%	14%	11%	13%	12%	21%	15%

Fonte: SIOPS/MS.

Nota-se na Tabela 3 que tanto as diferenças das despesas totais por habitantes em relação à média anualmente das RMSI e RMSII, mantiveram-se em queda ano a ano, enquanto a RS Norte vem mantendo o padrão de crescimento acima de 100% em relação à média do estado. Embora as ondas migratórias reveladas na Figura 1 pudessem apontar que as despesas por habitantes poderiam elevar as despesas na Baixada Litorânea, pelo contrário, elas se mantiveram praticamente constante durante os anos. Porém, diferentes desta região, a RS da Baía da Ilha Grande alcançou diferenças pronunciadas, mas nem de longe se comparam as variações enormes da RS Norte.

**Quadro 1.** Evolução das despesas totais por habitante por RS entre os anos de 2007 a 2016 em milhões de Reais comparadas as médias anuais em Reais.



Fonte: SIOPS/MS.

O Gráfico 1 exibe a evolução das despesas totais por habitante por Região de Saúde (RS) entre os anos de 2007 e 2016. Os valores foram corrigidos pelo índice de variação anual

dos preços médios. As RSM I e RSM II concentram respectivamente 54% e 8,7% da despesa total com saúde do Estado do RJ são também as RS que registram os menores valores de despesa per capita em todos anos analisados.

Em contrapartida, os maiores valores de despesa por habitante são registrados nas RS da Baía da Ilha Grande e Norte. Observa-se que em 2007 a RS Norte apresenta despesas comparáveis às demais RS, mas a partir de 2008 passou a registrar resultados comparáveis ao da RS da Baía da Ilha Grande. E, a partir de 2012, seus resultados saltam para valores acima de todas as RS. Logo após, a partir de 2014, todas as RS passam a registrar redução das despesas de saúde por habitante.

#### **4. Discussão**

A dispersão populacional no espaço; a concentração dos serviços de saúde de média e alta complexidade (equipamentos e profissionais) e os arranjos regionais descentralizados, tornam as informações acerca do financiamento de saúde de relevância para sustentabilidade das cidades, pois elas estão radicalmente distribuídas entre os protagonistas da vida econômica (Zanatta & Abramovar, 2019; Kadri, 2019).

É verdade que obter informações sobre as opiniões, as atividades e as preferências das pessoas marcam a vida das sociedades contemporâneas ao menos desde meados do século XIX, mas isso não é fácil para o Brasil que carece de bancos de dados atualizados e interligados (Zanatta & Abramovar, 2019; Kadri, 2019).

Destaca-se que os gestores públicos usam o conhecimento produzido pelas análises dos economistas da saúde para enfrentar uma gama de obstáculos na implementação das estratégias de saúde, sobretudo, precisam superar uma gama de informações de baixa qualidade quando estão diante de situações adversas socialmente. Não obstante, os economistas da saúde precisam gerar informações relevantes e no tempo oportuno, sem as quais os gestores públicos serão incapazes de inseri-las nas rotinas, nas pressões cotidianas do diálogo político e na defesa de formas mais equitativa e eficiente de recursos públicos (Baião; Couto, & Oliveira, 2019).

Com os dados do SIOPS foi possível observar que a RS que mais cresceu em termos de população foi a Baixada Litorânea, que faz parte do território próximo à área produtora de petróleo da Bacia de Campos. Algo também parecido com a Região da Ilha Grande, que apesar de concentrar apenas três municípios, sofreu forte imigração de população para essa região, provavelmente pela proximidade com o Porto de Itaguaí. No outro lado, a Região

Noroeste teve o maior deslocamento migratório interno, com transferência dos residentes para as outras RS.

Diante das mudanças migratórias, novas demandas de saúde surgirão para diferentes necessidades de grupos sociais que podem ser potencializadas pelo envelhecimento populacional e melhoria da qualidade de vida nessa fase da vida (Hirata, 2020). Novas demandas pode ser um problema para uma RS que não tem um rol de tecnologias gerenciais e de qualidade para avaliar os resultados esperados no orçamento de saúde.

Além disso, o que se tem observado em estudos é que os fluxos migratórios para desenvolvimento econômico e tecnológico das cidades nem sempre movimentam gestores estratégicos para organizar e atender as demandas de cuidados oriundas deste fluxo. Gestores estratégicos são importantes porque eles desenham os novos contornos de modelos de serviços de saúde, inclusive modelam novas projeções de produção de cuidados de saúde e modelos de qualidade (Chan&Wu, 2005; Hirata, 2020; Ferreira et al., 2020). Desta forma, se deve pensar em como será feito o intercâmbio dos pensadores estratégicos, tão necessários para elaborar as novas ferramentas de priorização dos recursos de saúde, nos planejamentos de saúde.

A RSM I é formada por 12 municípios que apresentam distribuição das suas despesas totais pelos seus habitantes bem menor do que as demais RS. Esta RS é formada pelo o Rio de Janeiro, que apesar de todos intempéries gerenciais, parece que este município-polo, depois de Niterói da RSMII, vem passando por transformações gerenciais. Apesar das quedas contínuas das despesas totais com saúde por habitante em relação à média do Estado anualmente de ambas as RS, parece que isso não têm afetado de forma tão pronunciadas a sua eficiência alocativa se comparamos com as medidas de desenvolvimento humano. Era de se esperar que as RS metropolitanas estivessem à beira do caos por conta dos decréscimos de suas despesas em saúde, talvez, isso não ocorra porque elas devem usar o conceito de economia de escala (Mendes, 2011). Segundo esse autor este conceito versa acerca da capacidade de uma empresa reduzir o custo médio de um determinado produto pela diluição dos custos fixos em um número maior de unidades produzidas.

Ademais a sua capacidade alocativa para manter os serviços de saúde funcionamento pode ter uma relação com o índice de educação da RS. Esse índice é uma das dimensões de avaliação do desenvolvimento humano que faz parte do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e indica o potencial humano de criar oportunidades e tecnologias para resolver problemas coletivos. Cidades com maiores índices de educação também são aqueles

que conseguem suplantar aos intempéries sociais através das invenções da mente humana (Lewis & Ricard, 2014; Wang & Tang, 2020).

Apesar da RMI ter espaços onde se converge as más condições de vida e a violência com outros espaços tão urbanizadas quem lembram cidades da Europa. A questão da eficiência alocativa evidenciado pela evolução das despesas com saúde, nos alerta para uma questão ainda mais ampla da desigualdade de acesso aos serviços de saúde e impossíveis de serem explicados por indicadores de desempenho estratégicos (Devi, 2010). Esta questão nos mostra que o ato de produção, por si só, não responde plenamente aos requisitos de sobrevivência humana, uma vez que em nível operacional a sociedade, apesar de produzir uma quantidade suficientemente de bens certos, ela deverá distribuir esses bens equitativamente para que o processo de produção possa continuar e favoreça a todos (Salvador, 2015; Giacomoni, 2017).

Tendo em vista que o ato de produção incide no desenvolvimento de inovações tecnológicas que devem prezar por avanços sociais, mas sem esquecer das discussões econômicas que envolvem o processo criativo e de desenvolvimento das tecnologias (Balbino et al., 2020). Essa preocupação deve passar pelo alinhamento estratégico regional, mesmo com a consolidação da pactuação da prestação dos serviços de saúde entre as regiões, e pela compreensão dos impactos da demanda de cuidados de média e alta complexidade no sufocamento do orçamento das RS Metropolitanas I e II (Pires, Göttems, Martins, Guilhem, & Alves, 2010). Pensamos que novos caminhos devem ser traçados e formulados novos fluxos gerenciais para melhorar a organização da rede de atenção à saúde, com vistas a diminuir a sobrecarga dos municípios-polos com demandas de saúde sensíveis à atenção básica.

Destaca-se que esse antagonismo das metas de saúde pelas RS pode gerar falhas alocativas que também podem afetar a produção da saúde, algo tão seriamente prejudicial quanto a falta de mobilização de uma quantidade adequada de esforço, porque uma sociedade viável deve produzir não apenas bens, mas os bens certos (Nero, 1995; Mooney, 2003). A RS Norte vem apresentando uma variação das despesas totais comparadas aos seus habitantes absurdamente fora do padrão do Estado. Pensamos que o controle de qualidade da alocação dos recursos financeiros deve ser fomentado para avaliar os resultados reais na produção de saúde perante aos recursos com base nos objetivos da RS. Deve-se pensar até quando estes recursos continuamente elevados realmente beneficiarão seus habitantes.

A organização de RS é uma estratégia gerencial de sistemas de saúde equitativos que visa garantir a atenção em saúde de forma universal. Mas para isso, o conceito de economia de escala e a continuidade do espaço geográfico entre municípios limítrofes devem ser melhor

compreendidos. Neste aspecto, foi possível perceber que somente os dados das despesas por habitantes e totais não conseguem relevar a eficiência alocativa das RS, sendo considerado como uma limitação do estudo.

## 5. Considerações Finais

A RS mostrou-se uma estratégia gerencial regional que pode favorecer municípios com menos recursos de saúde pelo compartilhamento de serviços de saúde de maior complexidade com os municípios-polo, sobrecarregando-os. Se eles não forem vistos com atenção pelos gestores públicos regionais, principalmente em momentos de recessão econômica, em que uma parcela da população migra dos planos de saúde das regiões mais desenvolvidas para os serviços de saúde públicos, eles não conseguirão atender com qualidade todos aqueles que dependem de cuidados de média e alta complexidade.

As RS Norte e Ilha Grande têm suas receitas incrementadas pelos royalties de Petróleo ou pelo adicional do ICMS verde e isso pode trazer vantagens econômicas na saúde em relação aos recursos de saúde aos seus habitantes, tendo em vista que se tratar de RS distantes da competição acirrada de recursos de saúde da RS Metropolitana I e II.

Diante disso, o SIOPS se mostrou uma poderosa ferramenta para se compreender a dinâmica do financiamento de saúde. Por conta disso, recomenda-se o rigor na alimentação dos dados pelos municípios para que os pesquisadores da economia da saúde consigam fazer análises mais robustas e oferecer informação de qualidade aos gestores das RS do Estado do Rio de Janeiro.

Recomendamos a realização de estudos sequenciais, como forma de comparação do desempenho das RS, com vistas às análises econômicas das regiões de saúde, para o planejamento de saúde regional e gestão governamental na esfera estadual.

## Referências

Baião, A. L., Couto, C. G., & Oliveira, V. E. (2019). Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, 27(71), e004. <https://doi.org/10.1590/1678-987319277104>.

Balbino, C. M, Silvino, Z. R, Joaquim, F. L., Souza, C. J, & Santos, L. M (2020). Technological innovation: dialogical perspective from the view of Joseph

Schumpeter. *Research, Society and Development*, 9(6), e198963593.  
[doi:http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3593](http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3593).

Chan, L. K., & Wu, M. L. (2005). A systematic approach to quality function deployment with a full illustrative example. *Omega*, 33(2), 119-139.  
<https://doi.org/10.1016/j.omega.2004.03.010>.

Devi, S. (2010). Innovation and education improve health in Rio's favelas. *The Lancet*, 376(9735), 83-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61064-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61064-1).

Ferreira, A. O.M., Silvino, Z. R., Balbino, C. M., Izu, M., Souza, C. J., & Matias, D. O (2020). Multicriteria model for the quality control of geriatric diapers for hospital use. *Research, Society and Development*, 9(7), e753974835. [doi:http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4835](http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4835).

Giacomoni, J. Orçamento público. – 17. ed. revista e atualizada – São Paulo: Atlas,

Hagen, T. P., & Kaarbøe, O. M. (2006). The Norwegian hospital reform of 2002: central government takes over ownership of public hospitals. *Health policy Amsterdam*, 76(3), 320–333. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.06.014>.

Hirata, H. (2020). Comparando relações de cuidado: Brasil, França, Japão. *Estudos Avançados*, 34 (98), 25-40. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3498.003>.

Kadri, M. R. E. (2019). A Regionalização da saúde: o caminho para o SUS em todos territórios? *Hygeia*, 15(33), 67-76. <https://doi.org/10.14393/Hygeia153351677>

Lewis, J. M., & Ricard, L. M. (2014). Innovation capacity in the public sector: Structures, networks and leadership. *Work in Progress*, (3), 1–26. <https://doi.org/10.13140/2.1.1803.6487>

Mendes, E. V. (2011). *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Mooney, G. *Economics, Medicine and Health Care* (2003). 3 th. Harlow :Pearson Education Limited.

Nero, C. R. D. (1995) *O que é Economia da Saúde*. In: Piola, S. F., & Solon, M. V., (coord). *Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília: Ipea

Pinheiro, R., Peres, A. M. A. M., Velloso, G., & Caldas, M. S. (2014). Apoio regional no estado do Rio de Janeiro, Brasil: um relato de experiência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Supl. 1), 1125-1133. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0375>.

Pires, M. R. G. M., Göttems, L. B. D., Martins, C. M. F., Guilhem, D., & Alves, E. D. (2010). Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(suppl 1), 1009–1019. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700007>

Rocha, D. G., Zuccolotto, R., & Teixeira, M. A. C. (2020). Insulated and undemocratic: the (im)possibility of social accountability in Brazilian courts of accounts. *Revista de Administração Pública*, 54(2), 201-219. <https://doi.org/10.1590/0034-761220190294x>

Salvador, E. (2015). *Renúncias tributárias: os impactos no financiamento das políticas sociais no Brasil*. Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos.

Scott, A., Maynard, A., Elliott, R. (2003). *Advances in health economics*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd .

Stephan, A., Kirkpatrick, I., & Walker, R. M. (2007). Public Management Reform in the UK and Its Consequences for Professional Organization: A Comparative Analysis. *Public Administration*, 85: 9–26.

Viana, A. L. D'., & Silva, H. P. (2015). Brazilian social policy in times of crisis: on the road to a private liberal social model? *Cad Saúde Pública*, 31(12), 2471-2474. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00173615>

Wang, Y., & Tang, W. (2020). Universities and the Formation of Edge Cities: Evidence from China's Government-led University Town Construction. *Papers in Regional Science*, 99(1), 245–265. <https://doi.org/10.1111/pirs.12480>

Wonderling, D., Gruen, R. G., & Nich, B. (2005). *Introduction to health Economics*. New York: Open University Press.

Zanatta, R., & Abramovay, R. (2019). Dados, vícios e concorrência: repensando o jogo das economias digitais. *Estudos Avançados*, 33(96), 421-446. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2019.3396.0021>

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Alexandra de Oliveira Matias Ferreira – 90%

Zenith Rosa Silvino – 10%