



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL**

DALSIZA CLÁUDIA MACEDO COUTINHO

**O SUS NO ESTADO DO TOCANTINS:
DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA REGIONALIZAÇÃO**

MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)

2019

DALSIZA CLÁUDIA MACEDO COUTINHO

O SUS NO ESTADO DO TOCANTINS:
DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA REGIONALIZAÇÃO

Monografia apresentada à UFT –
Universidade Federal do Tocantins –
Campus Universitário de Miracema, para
obtenção do título de Especialista em
Serviço Social e Política Social, sob
orientação da Profa. Dra. Rosemeire dos
Santos.

MIRACEMA DO TOCANTINS (TO)

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

C871s Coutinho, Dalsiza Cláudia Macedo .
 O sus no estado do Tocantins: Desafios e perspectivas da
 regionalização . / Dalsiza Cláudia Macedo Coutinho. – Miracema, TO,
 2019.
 88 f.

 Monografia de Especialização - Universidade Federal do Tocantins
 – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Pós-Graduação em
 Serviço Social e Política Social, 2019.

 Orientadora : Rosemeire dos Santos

 1. Política de Saúde. 2. SUS. 3. Regionalização. 4. SUS no
 Tocantins. I. Título

CDD 360

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

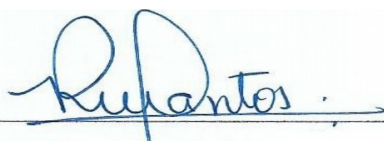
DALSIZA CLÁUDIA MACEDO COUTINHO

O SUS NO ESTADO DO TOCANTINS:
DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA REGIONALIZAÇÃO

Monografia apresentada à UFT –
Universidade Federal do Tocantins –
Campus Universitário de Miracema, para
obtenção do título de Especialista em
Serviço Social e Política Social, sob
orientação da Profa. Dra. Rosemeire dos
Santos.

Data de aprovação 12/04/2019

Banca examinadora:



Profa. Dra. Rosemeire dos Santos. Orientadora, UFT.



Profa. Dra. Michelly Laurita Wiese. Examinadora, UFSC.



Profa. Dra. Elaine Fonseca Amaral da Silva. Examinadora, Incor- FMUSP.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos especiais à minha família pelo apoio e incentivo de sempre.

À minha orientadora, Rosemeire dos Santos, que desde 2016 acompanha minha trajetória acadêmica, agradeço pelo incentivo e pelas contribuições na minha formação.

Agradeço aos membros da banca que contribuíram para o aperfeiçoamento do meu trabalho.

Há hora de somar
E hora de dividir.
Há tempo de esperar
E tempo de decidir.
Tempos de resistir.
Tempos de explodir.
Tempo de criar asas, romper as cascas
Porque é tempo de partir.
Partir partido,
Parir futuros,
Partilhar amanheceres.
Há tanto tempo esquecidos.
Lá no passado tínhamos um futuro,
Lá no futuro tem um presente
Pronto pra nascer
Só esperando você se decidir.
Porque são tempos de decidir,
Dissidiar, dissuadir,
Tempos de dizer
Que não são tempos de esperar
Tempos de dizer:
Não mais em nosso nome!
Se não pode se vestir com nossos
sonhos
Não fale em nosso nome.
[...] Não mais nosso suor, o teu
descanso.
Não mais nosso sangue, tua vida.
Não mais nossa miséria, tua riqueza.
Tempos de dizer
Que não são tempos de calar
Diante da injustiça e da mentira.
É tempo de lutar
É tempo de festa, tempo de cantar
As velhas canções e as que ainda vamos
inventar [...].
(Mauro Iasi)

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso expõe um estudo sobre o processo de regionalização do SUS no Tocantins, com objetivo de conhecer a implementação do SUS no estado, mediante a regionalização das ações e serviços de saúde. Para isso, foi realizada pesquisa documental no banco de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e nos Planos Estaduais de Saúde elaborados entre 2002 e 2016. Dessa forma, foram pesquisados 858 estabelecimentos do SUS, nas oito regiões existentes no Estado. Com isso foi possível conhecer o processo de organização e a configuração dessas regiões, mapear os serviços públicos de saúde existentes nos territórios, bem como discutir a trajetória de implementação da política de saúde pública no Tocantins.

Palavras-chave: Política de Saúde. SUS. Regionalização.

ABSTRACT

This Course Conclusion Paper presents a study about the process of regionalization of the SUS in Tocantins, aiming to know the implementation of SUS in the state, through the regionalization of actions and health services. For that, a documentary research was carried out in the database of the National Registry of Health Establishments and State Health Plans elaborated between 2002 and 2016. In this way, 858 SUS establishments were surveyed in the eight regions in the State. With this, it was possible to know the process of organization and configuration of these regions, to map public health services in the territories, as well as to discuss the trajectory of implementation of the public health policy in Tocantins.

Keywords: Health Policy. SUS. Regionalization.

LISTA DE ILUTRAÇÃO

Quadro 1 – Princípios e diretrizes do SUS.....	26
Quadro 2 – Gestão e controle do SUS.....	30
Quadro 3 – Níveis de atenção do SUS.....	31
Quadro 4 – Competências do SUS.....	41
Organograma 1 – Financiamento do SUS.....	31
Gráfico 1 – Estabelecimentos de Saúde entre 1981 e 2017.....	40
Gráfico 2 – Estabelecimentos privados de saúde entre 1981 e 2017.....	49
Gráfico 3 – Estabelecimentos de saúde por nível de atenção.....	63
Gráfico 4 – Níveis de Atenção nos municípios.....	64
Gráfico 5 – Tipo de Atividade.....	65
Gráfico 6 – Gestão dos serviços de saúde.....	66
Mapa 1 – Organização das regiões de saúde 2002-2006.....	57
Mapa 2 – Regionalização da saúde 2007-2012.....	58
Mapa 3 – Regionalização da saúde a partir de 2012.....	60
Mapa 4 – Região de Saúde Bico do Papagaio.....	67
Mapa 5 – Região de Saúde Médio Araguaia.....	68
Mapa 6 – Região de Saúde Serrado Tocantins Araguaia.....	69
Mapa 7 – Região de Saúde Cantão.....	70
Mapa 8 – Região de Saúde Capim Dourado.....	71
Mapa 9 – Região de Saúde Amor Perfeito.....	72
Mapa 10 – Região de Saúde Ilha do Bananal.....	73
Mapa 11 – Região de Saúde Sudeste.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Composição das regiões de saúde	61
Tabela 2 – Estabelecimentos de saúde no Tocantins.....	62

LISTA DE SIGLAS

AMS	Assistência Médica Supletiva
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BM	Banco Mundial
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centros Regionais de Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
DATAPREV	Empresa de Processamento de dados da Previdência
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
IAPAS	Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
FACR	Fundação Abrigo Cristo Redentor
FUNABEM	Fundação Nacional de Bem Estar do Menor
LBA	Legião Brasileira de Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização

PSF	Programas de Saúde da Família
RNIS	Rede Nacional de Informação para Saúde
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos públicos em Saúde do Ministério da Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUDS	Sistema Unificado e descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	17
2.1	Lutas sociais e projeto da reforma sanitária.....	17
2.2	Organização e funcionamento do SUS na legislação.....	24
2.2.1	A estratégia de regionalização das ações e serviços de saúde.....	32
3	IMPLEMENTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SUS DIANTE DA PROGRAMÁTICA NEOLIBERAL.....	36
3.1	O SUS real: avanços na construção da política de saúde pública.	38
3.2	Contrarreforma pós constituição federal de 1988: impactos na consolidação do SUS.....	44
3.2.1	Trinta anos depois: os rumos da política de saúde na conjuntura atual	51
4	O SUS NO ESTADO DO TOCANTINS.....	56
4.1	O desenho da regionalização do SUS no Estado.....	56
4.2	A materialização do SUS no Tocantins.....	61
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
	REFERÊNCIAS.....	82

1. INTRODUÇÃO

Realizou-se este estudo com objetivo de discutir a regionalização do SUS no Tocantins¹. A pesquisa apresentada consistiu em conhecer como estão organizadas as regiões de saúde, mapear os serviços existentes, discutir a construção das Redes de Atenção à Saúde mediante atual configuração das regiões e, dessa forma, refletir sobre a trajetória de construção SUS no Estado.

A motivação em realizar a pesquisa advém da aproximação da pesquisadora às discussões sobre a política de saúde desde a graduação e, também, da participação no Grupo de Estudos e Pesquisas Proteção Social e Famílias (GEPPSFAM), da UFT, que estuda as condições de proteção social das famílias tocantinenses e aborda as políticas de saúde e assistência social. A realização desse trabalho pode contribuir com as reflexões no campo da saúde pública, ao buscar conhecer a forma como a atenção à saúde vem se efetivando no estado por meio da organização descentralizada e regionalizada.

Enquanto assistente social, cuja atuação está diretamente ligada ao contexto das políticas sociais, tem-se uma aproximação com as discussões na área da saúde desde a graduação, que também instiga a pesquisa sobre o tema. O Serviço Social é uma categoria profissional que tem se dedicado ao estudo das políticas públicas e concentra sua atuação, principalmente, no campo da gestão, execução e avaliação dessas políticas. Dessa forma, o debate da política de saúde vem a calhar no atual cenário de pesquisas e debates realizados pelos profissionais.

Compreende-se a regionalização como uma estratégia para superar a fragmentação na oferta dos serviços, conhecer as características epidemiológicas do território, reduzir as desigualdades regionais – mediante a grande extensão territorial – facilitar o acesso da população e também promover maior possibilidade de participação e controle social.

As regiões de saúde não precisam seguir os limites territoriais dos municípios, uma vez que, prezam pelas características territoriais e pela capacidade da região em ofertar os serviços de saúde para a população. Também prezam pela

1 O Estado do Tocantins está localizado na região Norte do país, situa-se na área de abrangência da Amazônia legal, com população estimada de 1.550.194 habitantes e 139 municípios em uma área de 277.720. 412m² (IBGE, 2018). O estado foi criado em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, após um longo processo histórico de luta pela autonomia do estado, que buscava a separação do Norte Goiano.

universalidade do acesso, por isso podem utilizar-se dos recursos (materiais, tecnológicos, orçamentários e humanos) de outras regiões.

[...] apesar de não exigir coincidência com a divisão administrativa do país [...], a região administrativa na NOAS² sugere a delimitação de um espaço contínuo, que diz respeito a uma parte de alguma unidade da federação e, cuja lógica é determinada pela interdependência funcional e pela polarização de um determinado município-cede, com um raio de abrangência e outros municípios vizinhos por meio dos fluxos entre os serviços de saúde de suas aglomerações urbanas [...] (GUIMARÃES, 2005, p. 1018).

Dessa forma, a região de saúde é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitada a partir de identidades culturais, econômicas, sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Partindo dessa compreensão, apresentou-se os seguintes questionamentos sobre o processo de construção do SUS no Tocantins: Como foram organizadas as regiões de saúde no Estado? Quais serviços disponíveis para atendimento à população, nas regiões? Como se organizam as redes de atenção à saúde no Estado? Quais os avanços obtidos na consolidação da política de saúde no Estado?

Para esta análise realizou-se pesquisa documental, tendo como método, para compreensão dos dados obtidos, o Materialismo histórico dialético por entender que este método permite uma apreensão que ultrapassa o aparente e que compreende os fenômenos em sua essência, no movimento da realidade concreta. Nas palavras de Paulo Netto (2011, p. 53), “para Marx [...] o Método implica uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa [...] para na sua relação com o objeto extrair dele as suas múltiplas determinações”.

Isso não consiste em pensar o objeto apenas em sua singularidade, e sim como um produto de múltiplas determinações que preenchem a realidade.

[...] os fatos, a cada nova abordagem, se apresentam como produtos de relações históricas crescentemente complexas e mediatizadas – podendo ser contextualizados de modo concreto e inseridos no movimento maior que os engendra. É um método, portanto, que, em aproximações sucessivas ao real, agarra a história dos processos simultaneamente às suas particularidades internas [...] (PAULO NETTO, 2011, p.31).

2 Norma Operacional da Assistência à saúde

A partir dessa compreensão esta pesquisa é de caráter qualitativo, por meio da qual consideram os elementos que constituem o objeto de pesquisa, bem como determinantes históricos, sociais, políticos e econômicos. Embora tenha-se a dimensão da pesquisa qualitativa, não se exclui a utilização de dados quantitativos para melhor conhecimento do objeto.

A pesquisa documental foi realizada no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)³, a fim de mapear as regiões de saúde e conhecer abrangência, capacidade de cobertura dos serviços de saúde disponíveis à população, limites e possibilidades da regionalização frente às diferenças e distâncias regionais e, a partir de então, compreender a estruturação da rede de atenção à saúde em todos os seus níveis de complexidade.

Também foram analisados os Planos Estaduais de saúde (PES), entre 2002 e 2016, instrumentos norteadores para a construção e gestão do SUS no estado, os quais apresentam um panorama sobre a oferta de serviços e sobre a organização das regiões de saúde.

No decorrer do trabalho, consideraram-se as bases legais que instituem e regulamentam a política de saúde no Brasil: Constituição Federal (1988), Lei Orgânica da Saúde (LOS) (1990), Pacto pela Saúde (2006), Norma Operacional Básica e Lei 8.142/90.

Para apresentar os resultados desse estudo, o presente Trabalho de Conclusão de Curso está sistematizado em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta um panorama histórico e conceitual sobre a construção da política de saúde no Brasil, destacando os processos políticos, econômicos e sociais determinantes na criação do SUS. O segundo capítulo reflete acerca da política social no capitalismo e sobre a trajetória da política de saúde frente aos impasses postos pelo capital, considerando os trinta anos desde a criação do sistema único. Também são elencados as conquistas e o alcance dessa política no atendimento às necessidades de saúde dos brasileiros. No último capítulo apresenta-se os resultados da pesquisa realizada e a discussão sobre os dados obtidos. Com isso, pôde-se conhecer a construção das regiões de saúde no Tocantins, os objetivos e o impacto dessa estratégia para a consolidação da política de saúde pública no Estado.

³ Base operacional do sistema de informações em saúde.

2 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Nesse primeiro capítulo apresentam-se algumas reflexões sobre a política de saúde no Brasil, destacando a trajetória histórica que antecede o seu reconhecimento como parte da Seguridade Social brasileira, a partir da Constituição Federal de 1988. Discute-se, também, a criação do SUS e a forma como este sistema de saúde foi estruturado na legislação.

2.1 Lutas sociais e projeto da reforma sanitária

A construção da saúde pública como política social, que garantisse o acesso de toda a população, desde os serviços da atenção básica até a alta complexidade, deve ser compreendida em sua dimensão sócio histórica, dada a conjuntura e os desdobramentos políticos e econômicos nos pós 1964 e a organização e mobilização social na luta por modelo de saúde que rompesse com a lógica privatista.

O estudo da reforma sanitária brasileira não se resume ao movimento sanitário, supõe pensá-la como proposta, projeto e processo de reforma social e, como tal, requerendo uma análise do seu desenvolvimento na formação social brasileira em conjunturas específicas. [...] Entendendo a conjuntura como a estrutura social em movimento, a análise de políticas de saúde, em uma dada situação, significa identificar os fatos produzidos, os sujeitos e as contradições resultantes do processo de acumulação capitalista e as suas mediações com as condições e as práticas de saúde referentes às diferentes classes e grupos sociais (PAIM, 2008, p. 47).

Dessa forma, buscou-se compreender a reforma sanitária brasileira e a criação do SUS a partir de determinantes sociais, econômicos e políticos que orientaram as intervenções do Estado nessa área.

No Brasil, a intervenção estatal frente as demandas de saúde, teve início na década de 1920, período de criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) – instituídos pela Lei Elói Chaves em 1923 – que contavam com a participação do Estado para atender os trabalhadores assalariados urbanos, nas demandas por aposentadoria, pensões, assistência médica, habitação. Para Fleury (1994, p. 182) esse foi um importante avanço no trato da questão social por parte do Estado, no entanto, esse modelo de intervenção, se caracterizava como uma

estrutura fragmentada, burocrática e excludente, uma vez que não atendia todos os trabalhadores e estava condicionado ao mercado de trabalho formal.

Na década de 1960, essa assistência é caracterizada como de cunho empresarial, o que favoreceu o surgimento de organizações e instituições vinculadas a empresas empregadoras, essas instituições recebiam recursos públicos e exerciam, ainda, influência política nas tomadas de decisão. Predominantemente essas instituições se desenvolveram no modelo previdenciário, incluindo apenas os trabalhadores urbanos assalariados (MENICUCCI, 2007, p. 27).

Nesse período, no que tange o sistema público de saúde, existia a duplicidade entre a medicina previdenciária e a saúde pública. A medicina previdenciária estava voltada para o trabalhador formal urbano e estava sob responsabilidade dos institutos de pensão. Já a saúde pública, gestada pelo Ministério da Saúde, direcionava-se para as áreas rurais e setores mais pobres da população, cujas atividades eram de cunho preventivo, como por exemplo, as campanhas de vacinação (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.17).

Em 1964 o Golpe Militar inicia um novo regime de exceção no país, com promessa de reinstaurar a ordem, fortalecer a economia e restaurar o regime democrático. O período caracterizou-se pela desarticulação da participação social, endurecimento político e destruição de todas as iniciativas que fossem identificadas com o ideário socialista (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.15).

Teixeira e Paiva (2014, p. 18) destacam que no final dos anos 1960 e início de 1970, o regime militar viveu um momento de grande pujança econômica, em virtude da redução de gastos com políticas sociais e entrada de grande quantidade de capital internacional, mas esse crescimento não refletia na melhoria das condições de vida da população.

Concentração de renda, perda do poder aquisitivo do salário mínimo, aumento dos preços, crise nos serviços públicos de transporte e de saúde eram o preço pago por um modelo econômico que privilegiava o desenvolvimento a partir da concentração de renda. A partir de 1970, a crise econômica internacional proveniente do preço do petróleo, iniciado em 1974, atingiu fortemente o país. Embora o governo continuasse, por alguns anos, sustentando diversas iniciativas de investimento, chegava ao fim o ciclo de forte crescimento econômico, aspecto que favorecia a ampliação das tensões sociais e o surgimento de diversas formas de mobilização popular por transformações políticas e mudanças nas condições sociais. Esse caldo de cultura daria origem aos primeiros movimentos pelas reformas no campo da saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p.18).

O poder instalado em 1964 não conseguiu alcançar sua hegemonia e necessitou modificar a relação entre Estado e sociedade civil em busca de novos meios para legitimar a dominação burguesa com consequências políticas, econômicas e sociais.

A chamada crise do “milagre econômico” resultou no aprofundamento da dívida externa, resseção econômica, aumento do desemprego e da pauperização, aumento da mortalidade infantil, agudização da violência urbana e déficits no orçamento público. Com isso o período a partir de 1974 desencadeia a ampliação do processo de resistência democrática atraindo setores que antes estavam vinculados ao movimento golpista. Isso permitiu o reaparecimento da classe trabalhadora e de instituições aliadas à luta de classe (BRAVO, 2008, p. 45-46).

Aparecem nesse quadro movimentos sociais em torno da questão de saúde, organizados por estudantes, profissionais e intelectuais: Movimento do Custo de Vida mobilizado contra a carestia; Semana de Estudos de Saúde Comunitária, mobilizada por estudantes e orientada pela discussão acerca da medicina de comunidade; Geração de 1977, estudantes pediam a libertação de presos políticos e liberdades democráticas; Movimento de Renovação Médica, no seguimento profissional, que teceu críticas ao regime e ao governo; Participação das universidades no desenvolvimento de programas de medicina comunitária com participação da comunidade, o que representou uma ousada experiência contra a hegemonia, identificada como uma das origens da reforma sanitária e do SUS. Esses foram movimentos importantes que antecederam a reforma sanitária (PAIM, 2008, p.72).

Nessa conjuntura de crise de legitimação do regime autoritário, caracterizada por alguns autores como dimensão política, a ascensão do movimento operário e popular e de outros movimentos e organizações políticas de oposição contribuíram para o fortalecimento da sociedade civil e para a ampliação do processo de negociação dos movimentos com o Estado, na defesa dos direitos mínimos da cidadania. O Estado se viu obrigado a alargar as políticas sociais em face das demandas, que se multiplicaram em decorrência do nível de pauperização (absoluta e/ou relativa) das classes trabalhadoras e consequente espoliação urbana (BRAVO, 2008, p. 52).

Em 1974 o Estado cria o Ministério da Previdência e da Assistência Social (MPAS) e mediante privatização da assistência médica eram construídos programas do Ministério da Saúde, inspirados na medicina comunitária, para prestação de

serviços à população excluída do consumo médico, no entanto a expansão desses programas não deveria incidir sobre os interesses privados cristalizados no setor de saúde (PAIM, 2008, p. 73).

De acordo com Bravo (2008, p. 53), a criação do MPAS tinha como objetivo demonstrar o interesse do Estado pela previdência social, no entanto, ao contrário de um plano global e consistente, o MPAS constituiu-se em uma junção dos órgãos: Legião Brasileira de Assistência Social (LBA) e Fundação Nacional de Bem Estar do Menor (FUNABEM), entretanto não houve medidas efetivas que superassem a dicotomia entre a assistência médica e a saúde coletiva.

Em 1975 foi aprovada no congresso nacional a criação do Sistema Nacional de Saúde, cujo projeto original criticou a ação ampliada da iniciativa privada e propôs a formulação de um plano geral para a saúde coordenado pelo Estado, no entanto, mediante pressões políticas, esse projeto foi alterado, adotando-se uma solução pluralística para o sistema, não discriminando a prática médica privada e empresarial (BRAVO, 2008, p. 57).

Dessa forma, o Sistema Nacional de Saúde não conseguiu fixar a responsabilidade estatal, nem ampliou as ações de saúde no setor público para assegurar que toda população tivesse alcance aos benefícios da medicina, ao contrário, unicamente organizou as atividades de saúde no setor público, sem modificar a estrutura da prestação dos serviços (PAIM, 2008, p. 74). Dessa forma, o sistema de saúde, com baixos investimentos e precariamente organizado, possuía uma grande extensão social enquanto a saúde privada, a qual condensava grande capital, possuía um alcance social mínimo (AROUCA, 1975 *apud* PAIM, 2008, p. 74).

Nessa conjuntura ocorria um questionamento do autoritarismo em todas as suas formas, com ampliação dos espaços políticos em busca da democratização da sociedade brasileira mediante a “contrapolitização da saúde” exercida pelos trabalhadores da saúde e setores populares. Discutia-se a crise da saúde e o autoritarismo impregnado às práticas de saúde propondo-se uma redefinição de tais práticas a partir de uma crítica por dentro das mesmas (PAIM, 2008, p. 77).

Em 1978, em continuidade às ações do MPAS, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), composto pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Instituto de administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Instituto

Nacional de Previdência Social (INPS), Legião Brasileira de Assistência Social (LBA), Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM), Empresa de Processamento de dados da Previdência (DATAPREV), Fundação Abrigo Cristo Redentor (FACR) e Central de Medicamentos (CEME). O SINPAS pode então ser compreendido no processo de universalização da seguridade social em detrimento do seguro social. No entanto, essas reformas não conseguiram êxito em decorrência da contradição entre a universalização e a pouca flexibilidade da base financeira (BRAVO, 2008, p. 59).

Bravo (2008, p. 59) também sinaliza que essas mudanças ocorridas no campo da saúde não contaram com a participação efetiva da população e os profissionais de saúde que tentaram fazer modificações nesse sistema, enfrentaram embates com os interesses empresariais e industriais que eram hegemônicos na política de saúde.

A partir de 1979 os sanitaristas conseguiram espaço no aparelho estatal buscando fortalecer o setor público. Essa organização profissional e popular em defesa da saúde pública denominou-se movimento sanitário, que ocorreu mediante o crescimento numérico de encontros e produção teórica na área da saúde coletiva, os quais enfatizaram a análise das transformações societárias enfatizando os efeitos da economia centralizadora que agravou as condições de vida da população tornando-as mais vulneráveis (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 22).

Esses encontros tiveram como articulador o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), criado em 1976, a partir de debates sobre a democratização da saúde, por meio do qual, os sujeitos envolvidos construíram movimentos, denunciando as perversidades na prestação dos serviços de saúde privados e participando das lutas democráticas, o que posteriormente constituiu a ideia da reforma sanitária (PAIM, 2008, p. 80). No lugar da perspectiva autoritária, o CEBES defendeu participação social, promoção da saúde, melhoria da qualidade de vida e um sistema unificado e universal (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 22).

Ao final da década de 1970 começou a ser formulada a proposta da reforma sanitária, a qual enfatizou unificação de serviços, participação da população, ampliação do acesso e qualidade da atenção. As mobilizações sociais da classe operária nesse período mostraram a pertinência dessa proposta e ampliaram as bases de sustentação política para transformações necessárias (PAIM, 2008, p. 81-83).

A década de 1980 deu continuidade ao projeto liberal, o qual visava a institucionalização duradoura do sistema de relações econômicas, sociais e políticas a serviço dos monopólios. Houve, portanto, ampliação do espaço político com finalidade de conquistar maioria eleitoral para apoiar o regime, mas sem afetar os interesses dominantes. “Esses propósitos foram abalados pela crise econômica resultante do excessivo endividamento externo e pelo reingresso da classe operária na cena política” (BRAVO, 2008, p. 60).

Nesse cenário, ampliam-se a ação dos grupos de oposição ao regime, a luta contra o aparato repressivo e os questionamentos acerca da legitimidade do Estado. Também entra em cena o debate sobre a elaboração de uma nova constituição e sobre a modificação do modelo econômico (esta teve adesão dos setores liberais da burguesia). Ainda nesse período, se consolidou o movimento sindical e a ampliação dos movimentos sociais urbanos, os quais reivindicavam melhorias nas relações de trabalho e nas áreas de saúde, previdência e transporte, mediante ampliação dos serviços públicos (BRAVO, 2008, p. 64).

A política de saúde ainda enfrentava profunda crise em que continuava predominando as ações curativas e persistia o modelo de privatização da medicina. “Essa situação revela que o regime não conseguiu realizar as mudanças necessárias no sistema previdenciário e de saúde, caracterizando sua inoperância diante dos problemas econômicos, sociais e políticos” (BRAVO, 2008, p. 66).

Tais acontecimentos tiveram grande impacto gerando o crescimento da insatisfação da população e, com a declarada falência do regime autocrático burguês, os movimentos sociais ganham abrangência nacional. O movimento popular pela saúde foi o que mais se destacou nesse período, cujas bandeiras de luta buscavam uma reforma na saúde. A partir de 1980, a entrada de líderes do movimento sanitário em cargos do MPAS consolida a necessidade de fusão entre medicina previdenciária e saúde pública (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 24).

De acordo com Paiva e Teixeira (2014, p. 24), as preocupações estatais em ampliar a cobertura da medicina previdenciária e realizar uma reestruturação administrativa que resolvesse o problema orçamentário do sistema de saúde, começou a instigar entre os sanitaristas o ideário reformista que objetivava o alcance da política de saúde a todos os brasileiros.

A reforma sanitária em curso ganhou força e abrangência, tendo como componentes as bases universitárias, o movimento estudantil, o movimento médico

e os projetos institucionais (PAIM 2008, P. 35). Teve marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual discutiu-se a importância do setor de saúde como responsabilidade do Estado, componente do seu sistema de proteção social, e trouxe uma compreensão de saúde a partir das condições de desenvolvimento da sociedade interligada com o conjunto das políticas sociais de emprego, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer etc. Portanto, foi defendida a democratização do Estado e a redefinição da política de saúde que assegurasse a universalização do direito (PAIM, 2008, p. 107).

Em seus grupos e assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitarista: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único. A oitava CNS foi convocada pela Presidência da República, por solicitação do ministro da Saúde, em julho de 1985, e realizada a partir de março do ano seguinte, reunindo diferentes setores da sociedade. Suas plenárias contaram com a presença de quase cinco mil participantes, sendo que em torno de mil pessoas eram delegados, indicados por instituições e organizações da sociedade (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 25).

De acordo com Bravo (2008, p. 88), no relatório final da Conferência, consta a necessidade de reestruturação do setor de saúde e a construção de um novo arcabouço institucional e estatização progressiva com a separação de saúde e previdência.

Após a realização da conferência o governo assumiu a bandeira da reforma sanitária e ampliou medidas nas áreas de habitação, saneamento, alimentação, entre outras. Em 1987 instituiu o Sistema Unificado e descentralizado de Saúde (SUDS), um passo decisivo na descentralização e redefinição das responsabilidades governamentais nas esferas federal, estaduais e municipais. No entanto, a organização do SUDS trouxe algumas problemáticas relacionadas à estadualização e municipalização por ter sido em um momento que a reforma tributária ainda não havia sido realizada, o que dificultava a fiscalização e o controle na utilização dos recursos da saúde. Também não houve preocupação com os recursos fundamentais para a organização do sistema, como medicamentos, equipamentos e recursos humanos. Essas questões fazem com que esse sistema se torne objeto de diversos debates com finalidade de esclarecer a proposta (BRAVO, 2008, p. 91).

Durante a Assembleia Nacional Constituinte, o debate da saúde pautou-se nas orientações da VIII Conferência, de forma que o texto aprovado após acordos políticos e pressão popular, atende grande parte das reivindicações do movimento sanitário (BRAVO, 2008, p. 93)

Resultaram desse momento proposições referentes à reformulação da política de saúde no Brasil, entre elas: criação do SUS – com a promulgação da Constituição Federal – equidade em relação ao acesso, admissão de profissionais por meio de concursos públicos, subordinação do setor privado ao Estado, rede regionalizada e hierarquizada, atendimento integral, participação da comunidade, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (PAIM, 2008, p. 124).

Dessa forma, ficaram definidos os principais elementos constitutivos do projeto da reforma sanitária: “a) ampliação do conceito de saúde; b) reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; c) criação do SUS; d) participação popular; e) constituição e ampliação do orçamento social” (PAIM, 2008, p. 125).

Diante disso, esse modelo de saúde coloca em xeque a hegemonia dos meios de assistência à saúde privados, tendo em vista que o incentivo estatal às empresas da área de saúde tornava altamente lucrativa a prática médica.

Cabe ressaltar que não, foi suficiente a reforma conquistar espaço no texto constitucional, uma vez que, isso só representaria uma conquista se produzisse impacto concreto sobre a saúde e ganhasse espaço na comunidade, no lar, nas escolas, nas fábricas, com transformações efetivas que contribuíssem com o bem estar da população e com a construção de uma sociedade mais justa e independente (AROUCA, 1988 *apud* PAIM, 2008, p. 148).

2.2 Organização e funcionamento do SUS na legislação

No texto legal, o SUS representa um sistema universal, e proporciona a inclusão de todos indivíduos excluídos do acesso à antiga saúde previdenciária, fomenta a ampliação da atenção básica e a oferta de serviços nos níveis de média e alta complexidade, muda a forma de organização da atenção à saúde e objetiva alcançar todo o território brasileiro, inclusive a população rural e os territórios indígenas.

A Constituição Federal de 1988 representa significativo avanço em relação aos direitos sociais e às políticas de proteção social. Coloca a saúde como integrante do tripé da seguridade social, sendo direito de todos e dever do Estado e elenca como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. A funcionar de forma hierarquizada e regionalizada, com direção única em cada esfera de governo.

A Constituição elenca algumas determinações em relação ao funcionamento do SUS: participação de forma complementar das instituições privadas, vedada destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções à iniciativa privada e a participação de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde, com exceções previstas em lei.

De acordo com o texto constitucional, as atribuições do SUS são: fiscalização de produtos, substâncias e procedimentos de saúde; ações de vigilância sanitária, saúde do trabalhador e saneamento básico; incremento do desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalização e controle de alimentos e bebidas de consumo humano; fiscalização em relação a produtos psicoativos e tóxicos; e colaboração com a proteção ao meio ambiente.

Carvalho (2013, p. 10) destaca a abrangência das ações do SUS mediante essas determinações constitucionais:

A relevância pública dada à saúde declarada na C.F. tem o significado do destaque e proeminência da saúde entre tantas outras áreas e setores. [...] Os serviços privados de saúde, além de serem de relevância pública, estão subordinados à Regulamentação, Fiscalização e controle do SUS. Aí se incluem tanto o sistema privado lucrativo exercido por pessoas físicas ou jurídicas individuais ou coletivas, prestadoras ou proprietárias de planos, seguros, cooperativas e autogestão, quanto o sistema privado não lucrativo, filantrópico ou não. Incluem-se: hospitais, clínicas, consultórios, laboratórios bioquímicos, de imagem e outros, de todas as profissões de saúde e com todas as ações de saúde (CARVALHO, 2013, p. 10).

Em 1990 foi sancionada a Lei 8.080/1990 a qual dispõe sobre a organização e o funcionamento das ações e serviços com finalidade de proteção, promoção e recuperação⁴ da saúde. Nessa legislação ficam definidos como

4 "Proteção à saúde é o campo da saúde que trabalha com os riscos de adoecer. As medidas diretas como as vacinas, os exames preventivos, o uso do flúor na água etc. Promoção da Saúde, segundo o Glossário do Ministério da Saúde, é 'o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo... indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente'. Mais comumente, dizemos que promover a saúde é trabalhar nas causas do adoecer, com participação efetiva das pessoas como sujeitos e atores de sua

objetivos do SUS a identificação e divulgação dos fatores determinantes da saúde, formulação da política de saúde que promova os campos econômico e social, assistência às pessoas por meio de ações assistenciais e preventivas.

Ficam estabelecidos também os princípios e as diretrizes, dentre eles, universalidade, integralidade, igualdade da assistência, equidade, intersetorialidade, ênfase na descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, conforme explicitados no quadro abaixo:

Quadro 1 – Princípios e diretrizes do SUS

Universalidade	O direito à saúde para todos, empregados ou desempregados, pobres ou ricos, sem discriminação.
Integralidade	Olhar o ser humano em sua totalidade, não apenas como um conjunto de órgãos; desenvolver ações que abranjam e articulem a promoção, proteção e recuperação da saúde.
Igualdade	Não discriminar a prioridade e a qualidade da atenção nem oferecer tratamento diferenciado para problemas iguais.
Equidade	É a qualificação da igualdade, pela qual busca-se o atendimento diferente para necessidades de saúde diferentes.
Intersetorialidade	Pensar a saúde garantida por políticas econômicas e sociais considerando, como fatores determinantes para a saúde da população, alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.
Descentralização	Redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados, a partir da qual a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios passam a ser gestores do SUS, cuja ênfase está na municipalização, mediante a regionalização, com cooperação técnica dos estados e do Ministério da Saúde.
Regionalização	Organização as ações e serviços de saúde de acordo com regiões, uma vez que o município sozinho não consegue

própria vida e saúde. Recuperação da saúde é cuidar daqueles que já estejam doentes ou tenham sido submetidos a todo e qualquer agravo à saúde. É a ação mais evidente dos serviços de saúde” (CARVALHO, 2013, p. 11).

	atender todas as demandas de saúde da população em todos os níveis de atenção. Dessa forma a atenção à saúde entre os municípios da região devem se complementar dos mais simples aos mais complexos se referenciando e contrareferenciando.
Hierarquização	Compreende a atenção de acordo com os níveis de complexidade: começa com o as Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, o Programa de Saúde da Família e os procedimentos de menor complexidade na atenção primária; vai à atenção secundária, exames mais complexos, especialistas, internações em clínicas; atenção terciária com profissionais e hospitais mais especializados; por último a quartenária, hospitais superespecializados em uma única área, por exemplo: cardiologia, neurologia etc.

Fonte: (CARVALHO, 2013, p. 13-17)

Esses princípios e diretrizes, sucintamente especificados, norteiam a materialização do SUS no país mediante exercícios de suas funções, também estabelecidas na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90, as quais são: regular, fiscalizar, controlar e executar. Como destacado linhas acima, o SUS regula as ações e serviços de saúde públicos e privados, estabelece o funcionamento dos equipamentos de saúde, os serviços necessários para atender as demandas da população em todos os níveis de atenção, os recursos humanos e materiais, a produção de medicamentos, regula também as portas de entrada e as áreas de abrangência do SUS (vigilância epidemiológica, sanitária e nutricional, saúde do trabalhador, meio ambiente e saneamento básico).

A fiscalização pode ser realizada por meio do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) (Decreto nº 1.651 de 1995) que tem o objetivo de verificar a execução do SUS, avaliar a estrutura dos processos e resultados alcançados de acordo com os parâmetros de eficiência, eficácia e efetividade e verificar a regularidade dos procedimentos praticados tanto por instituições públicas quanto privadas.

O acompanhamento e a fiscalização dos recursos é realizado por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS), o qual foi estruturado para dar visibilidade aos gastos públicos,

além de constituir uma fonte de informação para a sociedade e órgãos de fiscalização e controle e servir como meio de verificação do cumprimento da Constituição Federal (BRASIL, 2003, p. 67-68).

A fiscalização no SUS também é realizada pelo Ministério Público Federal e Estadual, os Tribunais de Contas da União, dos Estados e dos Municípios, o Senado Federal, a Câmara dos Deputados, as Assembleias Legislativas, a Câmara Legislativa do Distrito Federal e as Câmaras Municipais (BRASIL, 2003, p. 68).

O controle social é feito pelo Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais que legitimam a participação da comunidade. A Lei 8.142/1990 determina a existência dos conselhos de saúde em cada esfera de governo. De acordo com a Lei, o Conselho de Saúde é deliberativo, permanente e paritário entre representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais e usuários da saúde e atuam na formulação e no controle da política de saúde na União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

De acordo com Correia (2006, p. 125) o controle social na saúde é concebido na perspectiva de participação social que permite aos setores organizados da sociedade civil participarem das formulações, acompanhamento da execução e definição dos recursos de forma a atender os interesses da coletividade.

A lei 8.142/90 também dispõe sobre a realização das Conferências de Saúde que devem ser realizadas a cada quatro anos e contam com a participação de vários seguimentos da sociedade para avaliar e propor diretrizes para o funcionamento da saúde. “As conferências têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo” (CORREIA, 2006, p.125).

A lei 8.080/1990 determina acerca da função de execução das ações e serviços de saúde que devem ser feitas diretamente pelo SUS ou através de terceiros. De acordo com Carvalho (2013, p. 13), “o SUS tem que ter serviços próprios para executar diretamente e tem a possibilidade de contratar terceiros para complementar os serviços que não der conta de executar por si próprio”.

Em relação ao financiamento do SUS, a saúde recebe recursos provenientes da seguridade social – previdência, saúde e assistência social. Segundo Cislighi et al (2011, p. 3) as três esferas nas quais está estruturado o orçamento do Estado brasileiro são: orçamento fiscal (compreende os impostos, dentre eles o mais importante é o Imposto de Renda e os gastos são direcionados

para as políticas públicas), orçamento das estatais (empresas em que a União detém a maioria do capital social, abrange apenas os investimentos realizados no interior das empresas) e orçamento da seguridade social (contribuições previdenciárias e recursos orçamentários destinados a esse fim e pode ser complementado pelos recursos do orçamento fiscal).

No entanto, a C.F./88 não delimita a porcentagem dos recursos a serem destinados para a saúde, mas afirma que os estados, o Distrito Federal e os municípios, devem destinar anualmente recursos mínimos para as ações e serviços de saúde calculados sobre, no mínimo, 15% da receita corrente líquida da União no respectivo exercício financeiro. No caso dos Estados e do Distrito Federal e dos municípios será calculado sobre a arrecadação dos impostos.

A Lei 8.142/1990 estabelece que os recursos serão alocados como despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, investimentos previstos em lei e aprovados pelo Congresso Nacional, ações e serviços de saúde a serem implementadas e investimentos previstos pelo ministério da saúde.

Os recursos serão repassados regularmente para cada esfera de governo sendo pelo menos 70% aos municípios, os quais, para receber os recursos, devem possuir fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão e contrapartida dos recursos. Não cumpridas essas exigências, os recursos serão administrados pelo Estado ou pela União (BRASIL, 1990).

Outro documento que também norteia a consolidação do SUS é a Norma Operacional Básica da Saúde, constituída em 1996, que traz como primordial, para o avanço na consolidação do SUS, a responsabilização dos municípios e do Distrito Federal como gestores da atenção à saúde e os poderes dos Estados e da União como corresponsáveis. Dessa forma o município passa a ser o encarregado imediato pelo atendimento das necessidades de saúde da população.

A totalidade das ações e serviços no âmbito do SUS deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos organizados em rede regionalizada e hierarquizada para cada município, voltado ao atendimento integral da população e inseridos de forma indissociável no SUS em suas abrangências estadual e nacional. Destaca-se que os estabelecimentos não necessariamente precisam ter sede no território do município, mas devem estar organizados de forma que o gestor municipal possa garantir o acesso da população aos serviços (BRASIL, 1996).

O documento também define o papel dos gestores nas esferas de governo estadual e federal, de acordo com o estabelecido na Lei 8.080/1990. Especificam-se como papéis básicos para o Estado: exercer a gestão do SUS no âmbito estadual; promover condições para que os municípios assumam a gestão da saúde de seus munícipes; assumir a gestão nos municípios que ainda não assumem essa função. Para o gestor federal os papéis básicos são: exercer a gestão do SUS no âmbito nacional; incentivar e promover condições para o gestor estadual no desenvolvimento dos sistemas municipais; fomentar a modernização dos sistemas estaduais; exercer funções de normalização e coordenação no que se refere à gestão nacional.

Esse processo de articulação entre os gestores acontece por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de composição paritária entre o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e também por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de composição paritária entre representantes da Secretaria Estadual de Saúde e o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) (BRASIL, 1996).

Dessa forma os órgãos de gestão e decisão do SUS estão organizados da seguinte maneira:

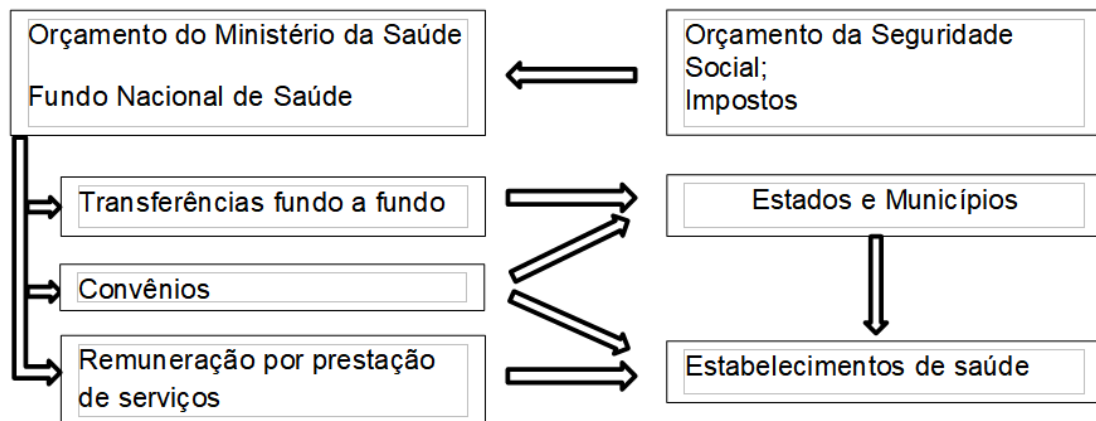
Quadro 2 – Gestão e controle do SUS

	Gestão	Controle social	Comissões intergestores	Conselho de gestores
Nacional	Ministério da saúde	Conselho Nacional	Comissão Tripartite	CONASS CONASEMS
Estadual	Secretarias estaduais	Conselho Estadual	Comissão bipartite	COSEMS
Municipal	Secretarias municipais	Conselho Municipal	-	-

Fonte: COUTINHO, 2018.

O financiamento também pode ser entendido a partir do organograma abaixo:

Organograma 1 – Financiamento do SUS



Fonte: (FERLA, 2010)

Por sua vez a execução do SUS de acordo com os níveis de atenção se estrutura da seguinte forma:

Quadro 3 – Níveis de atenção do SUS

Nível da atenção	Ações e serviços
Atenção básica	Porta de entrada do SUS; Unidades de Saúde; Saúde da família; Ações preventivas e curativas.
Atenção especializada de média complexidade	Serviços ambulatoriais; especialidades clínicas; urgência e emergência; serviço de apoio diagnóstico e terapêutico; hospitais gerais
Atenção especializada de alta complexidade	Terapias e procedimentos altamente especializados: oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, neurocirurgia, diálise, entre outros; serviços hospitalares de maior complexidade; hospitais super especializados em cada área.

Fonte: COUTINHO, 2018

Feitas essas considerações sobre a estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde, no próximo tópico aprofunda-se o debate acerca da descentralização da saúde por meio da regionalização.

2.2.1 A estratégia de regionalização das ações e serviços de saúde

Para discutir a regionalização, destacam-se alguns conceitos iniciais, os quais são importantes para compreensão do nosso objeto de estudo: descentralização, regionalização e municipalização.

Como princípio do SUS, a descentralização visa extrair do centro do governo a responsabilidade de gestão e destinar competências, comando e recursos para cada esfera de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios).

[...] descentralização é, antes de tudo, um meio, um instrumento ou uma estratégia para que melhor sejam atingidos determinados fins. Foi na verdade como princípio estratégico e não como princípio finalístico que a descentralização do setor de saúde foi incluída na Constituição Federal Brasileira de 1988 (GUERRA, 2015, p. 22).

Essa estratégia de descentralização reconhece que o município é o principal responsável pela saúde da população, por isso a política de saúde passou pelo processo de municipalização, que transferiu para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para que elas passassem a exercer funções de coordenar, negociar, planejar, acompanhar, controlar avaliar e fiscalizar a saúde em nível local. Dessa forma, ao receber recursos das outras esferas governamentais, os municípios possuem o dever de gerenciar, auditar, contratar, monitorar e avaliar as ações e serviços do SUS (GUERRA, 2015, p. 66).

Duarte *et al* (2015, p. 476) compreende a descentralização como estratégia de democratização e incorporação de novos atores que ganhou força atrelada à municipalização. Entretanto o autor ressalta alguns impasses nesse processo: a desigualdade em torno das condições políticas, administrativas e econômicas e das necessidades de saúde entre os municípios brasileiros; a competição entre os entes da federação que impossibilitou a autonomia dos municípios na gestão dos equipamentos; e a incipiente participação da sociedade nos conselhos de saúde local que dificultou a transformação desse espaço em um legítimo condutor da política de saúde.

Embora com esses impasses, destacam-se avanços alcançados com a descentralização: ampliação do acesso aos serviços, principalmente na atenção básica, melhoria nos indicadores de saúde, ampliação do Estratégia de Saúde da Família, adequação dos serviços à necessidade da população local e capacitação de um grande contingente de profissionais nos municípios habilitados a manejar os instrumentos do SUS (DUARTE *et al*, 2015, p.476).

Portanto, a descentralização política administrativa preza pela autonomia dos três entes federados e define as competências de cada um preservando a interdependência entre cada esfera de gestão e torna-se fundamental para redução das desigualdades territoriais. Desta feita, a regionalização é compreendida como elementar para universalidade e integralidade do atendimento (GUERRA, 2015, p. 54).

O Sistema Único de Saúde ao definir a regionalização como princípio de organização tem como objetivo conformar uma rede de serviços hierarquizada e atuando articulada em um território regional definido a partir de critérios que possibilite a assistência à saúde do cidadão de forma integral e mais próxima do nível local, respeitada a capacidade da rede de serviços e as potencialidades técnicas operativas. Um sistema de saúde organizado em regiões de saúde, apoiado na estratégia de fortalecimento da capacidade resolutiva capaz de negociar, articular as referências entre os municípios de forma que a população dessa área geográfica tenha suas necessidades atendidas (GUERRA, 2015, p. 54).

Para entender esse processo de regionalização, Duarte *et al* (2015, p. 477) divide dois momentos: 1) a tentativa de organização dos serviços para torná-los mais eficientes e alcançar a universalização, a integralidade e a equidade tendo em vista o menor custo; 2) a divisão territorial com a criação de regiões de saúde de acordo com as características que cada município apresenta.

A organização do SUS por regiões está elencada no decreto 7.508/2011, cujo Art. 2º define a 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, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O decreto afirma ainda que as regiões de saúde serão delimitadas pelo estado em conjunto com os municípios de acordo com as diretrizes da CIT e da CIB,

em que cada região deve possuir, no mínimo, as ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, vigilância em saúde. Também devem ser definidos os limites geográficos, a população usuária, o rol de ações e serviços ofertados e os critérios de acessibilidade dos serviços. Além disso, as regiões de saúde serão referência para a transferência de recursos entre os entes federativos (BRASIL, 2011).

Os objetivos para organização das regiões são: garantir o acesso da população em tempo oportuno e com qualidade, assegurando-se a integralidade; efetivar a descentralização das ações e serviços entre os entes federados, impedindo a duplicação dos meios para alcance das mesmas finalidades; racionalizar gastos e otimizar recursos a fim de reduzir desigualdades locais e regionais (CONASS, 2015, p. 28).

Também são definidas as diretrizes para a organização das regiões de saúde: avaliar o funcionamento das atuais regiões de saúde; considerar as identidades culturais, econômicas, sociais e as redes de comunicação, infraestrutura e transportes; observar a organização e a execução dos serviços de atenção básica, vigilância em saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar; conhecer as necessidades econômicas, sociais e de saúde da população; avaliar a necessidade de organização de regiões tanto intraestaduais quanto interestaduais; criação da Comissão Intergestores Regionais (CIR) como foro de negociação e pactuação composta por todos os municípios da região de saúde (CONASS, 2015, p. 28,29).

O pacto pela saúde, Portaria 399 de 2006, afirma que para superar as desigualdades sociais e regionais é preciso avançar na regionalização e na descentralização do SUS, respeitando as singularidades das regiões. Para tanto, o pacto estabelece que:

A região de saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde, a fim de assegurar o cumprimento dos princípios do SUS; a organização da região deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social; para a constituição de uma rede de saúde regionalizada, é necessário a pactuação entre todos os gestores envolvidos; a atenção básica e as ações básicas de vigilância em saúde devem ser assumidas por cada município; as ações complementares e os meios necessários para viabilizá-las deverão ser compartilhados e integrados a fim de garantir a resolutividade e a integralidade de acesso; o corte no nível assistencial para delimitação de uma Região de Saúde deve estabelecer

critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade; quando a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade não forem alcançadas deverá ser considerada no planejamento regional a estratégia para o seu estabelecimento; para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma Região em uma macrorregião (BRASIL, 2006).

A partir dessas disposições legais, os Estados e os municípios vêm delimitando as regiões de saúde em todo o território nacional. Compreende-se a regionalização como um processo político-organizativo que exige o comprometimento dos gestores para reconhecer as necessidades de saúde da população e estabelecer a rede de atenção de forma a garantir o acesso universal e integral.

Esse capítulo buscou as principais orientações legais que norteiam a construção e consolidação do SUS para, a partir do próximo capítulo, promover reflexões sobre sua materialização mediante a conjuntura política, econômica e social que o país tem vivenciado desde sua criação.

3 IMPLEMENTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DO SUS DIANTE DA PROGRAMÁTICA NEOLIBERAL

Neste capítulo a discussão da política de saúde está situada no debate da política social e, portanto, na centralidade das relações sociais capitalistas de produção. Dessa forma, serão realizadas incursões sobre a consolidação do SUS mediante avanço do neoliberalismo após a década de 1990. Para melhor compreensão serão feitas algumas considerações sobre a política social e a intervenção estatal no contexto da relação capital-trabalho.

Entende-se a política social como resultado das relações antagônicas entre capital e trabalho, as quais são determinadas pela luta de classes, pelo papel do Estado e pelo desenvolvimento das forças produtivas. As políticas sociais não são capazes de superar a desigualdade social do modo de produção capitalista, mas geram alterações nesse padrão de desigualdade entre as classes e, dessa forma, provocam redução das distâncias entre rendimento e acesso a bens e serviços (BOSCHETTI, 2016, p. 25).

De acordo com Boschetti (2016, p. 28), o reconhecimento de direitos sociais possibilita melhoria na condição de vida da classe trabalhadora, certa redução das desigualdades sociais e certa distribuição do fundo público, mas não altera o padrão de desenvolvimento das relações sociais no capitalismo que continua fundado na produção socializada e apropriação privada dos seus resultados.

[...] A ampliação dos direitos trabalhistas e sociais decorrentes da luta da classe trabalhadora assegurou a esta o acesso a bens e serviços antes inexistentes, como aposentadorias, seguro saúde, seguro desemprego, educação, moradia, transporte. Em algumas situações específicas e temporalmente determinadas do capitalismo central logrou reduzir a desigualdade de rendimento e acesso a bens e serviços públicos, sem, contudo, superar a estrutural concentração da propriedade privada (BOSCHETTI, 2016, p. 48).

Essa característica social do Estado atende à reivindicação da classe trabalhadora por direitos e às necessidades do capital para assegurar acumulação e reprodução da força de trabalho. Como indica Behring (2015, p. 187), a política social não pode ser considerada unicamente pela conquista da luta de classes, tendo em vista que ela ocupa uma posição política e econômica, por isso a

necessidade de compreensão histórica do seu processo de construção. Resultante de um processo de deslocamento do conflito capital-trabalho para a esfera da cidadania e dos direitos sociais, tendo como foco a atuação do Estado.

Faleiros (2000, p. 64-65) afirma que o Estado realiza os interesses gerais do capital, que contraditoriamente o coloca entre as exigências do capital e as pressões das reivindicações dos trabalhadores. Dessa forma, o Estado no capitalismo é:

[...] uma garantia de manutenção das condições gerais de reprodução do capital e da produção, isto é, da acumulação capitalista. Ele assume os investimentos não rentáveis do capital, assume os investimentos que demandam recursos que superam a disponibilidade dos capitalistas, transforma os recursos públicos em meios de favorecer e estimular o capital, cria a infraestrutura necessária para os investimentos e a circulação do capital, estabelece facilidades jurídicas e, sobretudo, gere a moeda e o crédito em favor da acumulação de capital [...] (FALEIROS, 2000, p. 65).

Nas palavras de Behring (2015, p. 54), o Estado assegura os interesses do capital monopolista, por meio de uma série de intervenções, isso o caracteriza como um comitê para administrar os interesses da burguesia.

Destarte, a trajetória da política social no capitalismo é marcada por avanços e retrocessos, como evidencia Behring (2015, p. 187), trata-se de concessões mais ou menos elásticas dependendo dos interesses das classes sociais, de forma que “no período de expansão, a margem de negociação se amplia; na ressecação, ela se restringe. Portanto, os ciclos econômicos balizam as possibilidades e limites da política social” (BEHRING, 2015, p. 187).

Essa característica da intervenção estatal e da política social, em favorecer a reprodução ampliada do capital, determina a formulação e a execução das políticas sociais no Brasil e marca os momentos de avanços e retrocessos em relação à concretização dos direitos sociais.

Partindo dessas considerações iniciais, os tópicos seguintes dedicam-se a discutir os avanços na materialização do SUS, bem como os impasses diante dos determinantes políticos e econômicos que marcaram as três décadas desde sua criação.

3.1 O SUS real: avanços na construção da política de saúde pública

Embora sejam tecidas críticas ao processo de constituição da política de saúde no Brasil, não se pode desconsiderar as conquistas advindas dessa trajetória, tendo em vista que o SUS foi parcialmente implementado. No entanto, esse reconhecimento não é no sentido de pactuar com o a descaracterização da política e o crescente desinvestimento na área, mas de ressaltar o reflexo positivo da saúde pública para a sociedade e evidenciar o longo caminho, que ainda há para percorrer na continuidade da luta em defesa da política de saúde.

Santos (2018a, p. 1731) considera que são “inquestionáveis” os avanços do SUS em favor das necessidades da população, a exemplo, a atenção básica que pode chegar a 80% de atendimento às necessidades de saúde. O autor destaca a excelência dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CEREST), dos serviços pré-hospitalares de urgência e emergência (SAMU), dos hemocentros, da área de vigilância sanitária, internacionalmente reconhecida, das especialidades no atendimento a pessoas com deficiência e doenças crônicas, do acesso livre e universal ao tratamento de HIV e, também, do serviço de transplantes, considerado um dos mais produtivos do mundo.

Lima *et al* (2018, p. 1) também chama atenção para os avanços conquistados ao longo desses 30 anos de SUS. O autor destaca a cobertura do programa saúde da família, que atingiu mais de 60% da população e vem contribuindo para a redução da mortalidade infantil e de doenças cardiovasculares, e a ampliação do Programa Nacional de Imunizações que aumentou a cobertura vacinal, principalmente entre crianças e idosos. A política de saúde também tem logrado êxito na redução da prevalência de fumantes e na execução de estratégias para controle de epidemias.

Outros indicadores sobre o acesso aos serviços de saúde são mostrados na última Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, a qual indica a saúde pública como referência para 71% dos brasileiros. A pesquisa destaca as Unidades Básicas de Saúde como principal porta de entrada aos serviços do SUS. Os outros serviços mais procurados pela população são as emergências, os hospitais especializados e os ambulatoriais. A pesquisa ainda indica que menos de 25% da população brasileira possui acesso aos serviços privados (BRASIL, 2015).

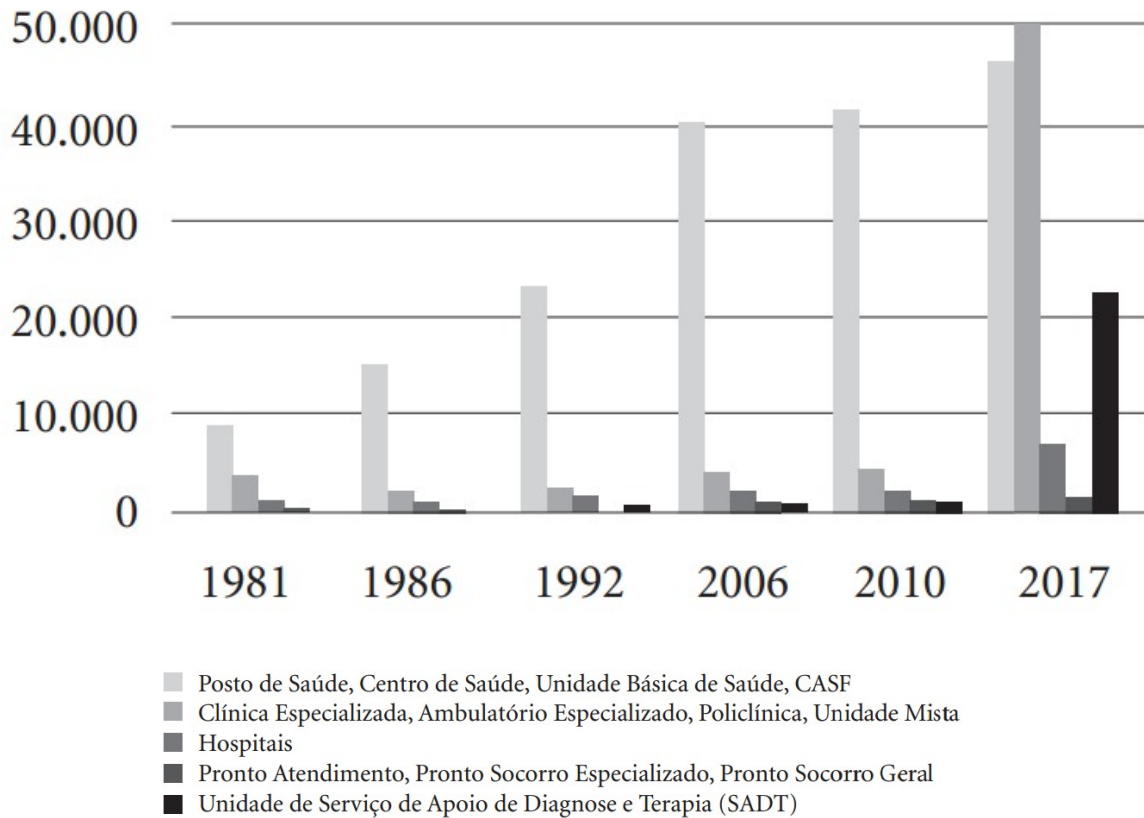
Os impactos positivos da política de saúde são discutidos por Souza *et al* (2018, p. 1738), que acrescenta a iniciativa nacional da política em fornecer medicamentos gratuitos e de forma universal tanto por meio da farmácia básica quanto da farmácia popular. Considerando a transição demográfica da população e os padrões de saúde nas diferentes regiões do país, a autora afirma que a expansão do SUS não só conseguiu reduzir a carga de doenças na população, como também as desigualdades entre as regiões brasileiras.

A ampliação do conceito de saúde como política social e econômica e a abrangência das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde são visíveis no estudo realizado por Souza *et al* (2018, p. 1739-1742), no qual a autora faz uma comparação entre os indicadores de saúde em 1990 e em 2015: nesse período a taxa de mortalidade entre menores de cinco anos diminuiu em 67,6%; a expectativa de vida aumentou de 67,7 para 74,4 anos; a taxa de mortalidade geral reduziu em 28,7%; ocorreu redução de 40,5% das doenças cardiovasculares; redução de 29,9% das doenças respiratórias crônicas. Também são observadas quedas nos índices de desnutrição infantil, de mortalidade por doenças transmissíveis, materno-infantil e causas evitáveis de morte.

[...] todas essas mudanças ocorreram em um período em que a redemocratização foi estabelecida no país, ocorreu importante crescimento econômico, estruturaram-se uma série de políticas de proteção social e também é o período em que o SUS emerge e se estabelece como estratégia definitiva para prover a sociedade brasileira com um sistema de saúde adequado às suas necessidades. Ao lado dos avanços econômicos e sociais existem evidências de que o SUS tenha uma parcela de contribuição para as mudanças aqui observadas e em especial para minorar algumas desigualdades existentes (SOUZA ET AL, 2018, p. 1742-1743).

Viacava *et al* (2018, 1753) fez um levantamento sobre a oferta de serviços de saúde no Brasil desde o ano 1981 até 2017, que cresceu de 21.532 estabelecimentos, tanto públicos quanto privados, para 129.544, especialmente a partir de 1990. A saúde década de 1980, anos que antecedem a criação do SUS, é caracterizada pelos serviços de saúde previdenciários que privilegiava os trabalhadores contribuintes da previdência, momento em que predominavam os serviços privados e a saúde pública universal ainda não era reconhecida como responsabilidade do Estado. O gráfico elaborado pelo autor mostra a evolução da rede de saúde.

Gráfico 1 – Estabelecimentos de saúde entre 1981 e 2017



Fonte: (VIACAVA, 2018, p. 1754)

Observamos um crescimento significativo de estabelecimentos de saúde ao longo desses anos, principalmente na atenção básica, já os serviços especializados e o Serviço de Apoio a Diagnose e Terapia (SADT) começam a expandir no país a partir de 2010. Os estudos apresentados nos parágrafos anteriores também indicam a prevalência da oferta dos serviços do SUS na atenção básica e nas ações preventivas. Essa característica na ampliação do SUS pode ser considerada como resultado da prevalência de interesses privados no campo da saúde, conforme será problematizado no próximo tópico. Inclusive, tem-se a hipótese de que a atenção básica é o nível de atenção do SUS que mais se ampliou com baixa participação do setor privado porque não se caracteriza como alta fonte de lucros, e conta com a abrangência do Estado na oferta dos serviços.

Em relação aos recursos humanos, Viacava (2018, p. 1755-1757) aponta o aumento do número de médicos, que passa de 111 mil em 1980 para 447 mil em 2017, o número de enfermeiros foi de 90 mil em 2007 para 230 mil em 2017 e os

dentistas saíram de 78 mil para 127 mil no mesmo período. Destaca-se, ainda, que a implantação das Equipes de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família ampliou a participação de outros profissionais.

Em 1981 os recursos públicos (incluindo os advindos das previdências) financiaram 6,3 milhões de atendimentos de saúde, em 2013 foram mais de 17,6 milhões de atendimentos realizados com recursos provenientes do SUS. De 1995 a 2016 o número de internações realizadas anualmente na rede pública variou em torno de 11 milhões (VIACAVA, 2018, p. 1758).

Essa ampliação dos recursos materiais e humanos bem como o aumento na oferta dos serviços de saúde acontece aliada às transformações demográficas, sociais e econômicas em que houve aumento da expectativa de vida e consequente crescimento no número de idosos, crescimento do número populacional, alteração nas condições sociais e econômicas das famílias, aliada ao desemprego, aumento dos trabalhadores informais, precarização do trabalho, os quais são elementos que contribuem para a maior procura pelos serviços de saúde públicos. Outro aspecto que coloca a necessidade de maiores investimentos em saúde é a expansão da atenção básica para a grande maioria dos municípios brasileiros, como observamos no gráfico.

Além desses indicadores sobre a oferta e o acesso à política de saúde, podemos destacar a ampliação do SUS mediante aprovação de regulamentações e políticas ao longo dos anos:

Quadro 4 – Conquistas do SUS

Ano	Principais avanços obtidos
1988	Reconhecimento da saúde como direito universal na Constituição da República.
1990	Aprovação das Leis nº 8.080 e 8.142.
1991	Estruturação da rede de atenção básica em saúde com o programa de Agentes Comunitários de Saúde.
1992	Aprovação da Norma operacional básica e do Programa de reorganização dos serviços de saúde.
1993	Descentralização e municipalização dos serviços e extinção do INAMPS.
1994	Estruturação da Saúde da família em equipes multidisciplinares.
1995	Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no SUS.

1996	Distribuição de medicamentos aos portadores de HIV/Aids e redefinição da relação entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.
1997	Criação do Piso da Atenção Básica ⁵ e Criação do Disk Saúde.
1998	Criação do SAMU e aprovação do Plano Estratégico de Mobilização Comunitária para o Combate à Dengue.
1999	Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Política Nacional dos Medicamentos Genéricos.
2001	Aprovação da Lei nº 10.216 – Política Nacional de Saúde Mental.
2002	Publicação da Norma Operacional de Assistência à saúde, que define a regionalização e a assistência à saúde e criação das Políticas Nacionais da Pessoa com Deficiência, de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
2004	Criação das Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador; Criação dos Programas Brasil Sorridente e farmácia popular.
2005	Criação da Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.
2006	Aprovação dos Pactos pela vida, em defesa do SUS. Publicação da Política de Saúde da Pessoa Idosa.
2007	Criação da Política Nacional sobre o Álcool e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
2009	Lançamento da Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1, Criação da Política Nacional de Saúde do Homem e Inauguração do centro de estudo para produção de células-tronco.
2010	Criação da Universidade Aberta do SUS e da Secretaria Especial de Saúde Indígena.
2011	Implementação da Estratégia Rede Cegonha, aprovação do Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Regulamentação do Cartão Nacional de Saúde e Criação do Programa Saúde Não tem Preço ⁶ , lançamento do Programa Melhor em Casa.
2012	Sancionada a Lei Complementar nº 141/2012 que estabelece os valores mínimos a serem aplicados no SUS por cada ente federativo; publicação da Política Nacional da Atenção Básica.

5 Repasse de recursos ao gestor municipal, por pessoa, para atendimento à saúde.

6 Gratuidade nos medicamentos para hipertensão e diabetes, na farmácia popular.

2013	Criação do Programa Mais Médicos, instituição da Política Nacional de Educação Popular em Saúde e da Política Nacional de Atenção Hospitalar com diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde, Publicação da Política Nacional de Humanização, Fica estabelecido o atendimento obrigatório e integral às pessoas vítimas de violência sexual.
2015	Criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.
2018	Aprovação da Lei 13.714 que assegura o acesso à saúde das famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade ou risco social.

Fonte: Adaptado de Brasil/MS (2011)

O quadro não abrange os avanços do SUS em sua totalidade, mas elenca muitos aspectos da implementação da política de saúde ao longo das três décadas. Cabe ressaltar que a existência da política ou dos programas em termos legais não garante a existência dos serviços na prática, no entanto, pode-se mensurar, a partir dessas informações, a abrangência da política de saúde no Brasil e o potencial de alcance no atendimento às demandas da população.

Por esses e outros aspectos, o SUS é considerado por Rizzotto (2018, p. 1717) como a “maior política social que já existiu no país”, por isso é fundamental fortalecer e levantar bandeiras de luta em defesa do SUS diante da ofensiva conservadora que a autora denomina “ultraneoliberal”.

Conforma afirma Matos (2014, p. 27), o SUS vem enfrentando desafios para sua materialização, ainda assim é uma realidade para a população usuária.

A realidade é que não somente a seguridade social, mas o conjunto das políticas sociais regulamentadas na Constituição Federal foram implantadas no contexto da contrarreforma do Estado, portanto bem distante do que propôs o congresso constituinte e as leis complementares. No entanto seria um equívoco afirmar que o SUS não foi implementado. Isso se torna mais visível quando identificamos os avanços em relação à política de saúde legada pela ditadura militar, bem como quando observamos que permanecem os limites nos quais o pensamento reformador não conseguiu se fazer real. Assim o SUS é uma estratégia inconclusa. É uma conquista diante do que existia antes, mas encontra-se a léguas de distância do que propôs o movimento sanitário (MATOS, 2014, p. 35).

Desde a criação, o SUS é alvo de uma série de medidas que o desvirtuam da concepção original, principalmente em aspectos políticos e

econômicos, que além de impor desafios para concretização desse sistema de saúde, aumenta exponencialmente a participação do setor privado, contribuindo para alterar o posicionamento da população usuária, principalmente por meio da grande mídia, que na maioria das vezes posiciona-se contra o sistema de saúde pública e a favor da privatização dos serviços.

3.2 Contrarreforma pós constituição federal de 1988: impactos na consolidação do SUS

Após a criação do SUS o desafio passa a ser sua implementação, ou seja, sustentar o projeto da reforma sanitária no momento político e econômico adverso à ampliação de direitos sociais. De acordo com Paim (2008, p. 197) a questão que se colocava aos gestores era como manter os interesses cristalizados no sistema de saúde ao mesmo tempo em que se mantêm os valores de uso e de troca entre os seres humanos, próprios da ordem social capitalista.

Os padrões universalistas e redistributivos das políticas sociais foram fortemente tensionados pela necessidade de extração de superlucros, supercapitalização e desprezo burguês em relação aos direitos sociais, que resultou em contenção de gastos sociais, privatização de setores públicos que incluem saúde, educação e previdência, e prevalência da individualidade e do consumismo. Dessa maneira, a tendência é de redução de direitos sob o argumento da crise fiscal em que a política social assume caráter pontual e focalizado (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 156).

Conforme analisa Behring e Boschetti (2009, p. 161), “[...] a saúde pública padece da falta de recursos e [...] há uma forte tendência de restringi-la em um pacote de ‘cesta básica’ para a população pobre”. Opera-se, dessa forma, uma dupla submissão do trabalho ao capital: a subtração de direitos sociais e a mercantilização desses direitos, que passam a ser mercadoria (BOSCHETTI, 2016, p. 131), por conseguinte, submetendo a cidadania ao consumo.

[...] o que está no coração das contrarreformas é a garantia de reprodução ampliada do capital em larga escala, já que o desenvolvimento de sistemas privados presta-se largamente à acumulação capitalista [...]. São tendências destinadas a reduzir o aporte do fundo público na reprodução da força de trabalho e criar novos nichos de acumulação (BOSCHETTI, 2016, p. 132-133).

Os princípios norteadores do SUS e toda a base legal de sustentação, tal como apresentamos no primeiro capítulo, deveria provocar mudanças profundas no sentido de promover uma atuação estatal coerente e articulada à proteção social, com capacidade de cobertura para as demandas de saúde da população, no entanto, a implementação não acontece dessa forma. Observa-se a seguir o percurso histórico das medidas governamentais que resultaram no distanciamento das concepções originais do Sistema Único de Saúde, em que a prevalência dos interesses do grande Capital e a subserviência do Estado constituem o principal mote dessa trajetória.

Já no início no período do governo Itamar Franco (1992-1995), o repasse de recursos ao SUS pelo ministério da previdência sofreu deficit devido sonegações e adiamentos de contribuições por parte dos empresários. A transferência de recursos para a saúde cai de US\$ 8.494 bilhões em 1990 para US\$ 5.413 bilhões em 1992. Nesse período houve expansão da Assistência Médica Supletiva (AMS), diferenciação na compra e venda de serviços médicos pelos planos de saúde e pressão da indústria farmacêutica (PAIM, 2008, p. 195-196).

Outro fator que ameaçou a credibilidade do SUS junto aos trabalhadores e à população foi o uso da saúde nas barganhas políticas, com loteamento de cargos a grupos partidários e a participação do setor privado que acontecia por meio de contratação pelo SUS de profissionais, hospitais e clínicas para realização de procedimentos (PAIM, 2008, p. 195-196).

Conforme afirma Paim (2008, p. 199), o momento foi de reajuste macroeconômico, em que se buscou a estabilização através do plano real e foi o período em que “a saúde da moeda interessava mais que a saúde da população”, ao passo que desde o início o SUS vivencia a insuficiência de recursos e a existência de um “sistema de saúde paralelo”. Como destaca o autor, “o próximo governo federal, na melhor das perspectivas, extremamente afinado com a proposta da reforma sanitária, não conseguirá virar de cabeça para baixo o retrato da saúde [...]” (EDITORIAL, 1994, p. 3 *apud* PAIM, 2008, p. 201).

Para Santos (2018a, p. 1731) é inegável o subfinanciamento federal do SUS, o que acarretou distorção na sua implementação. O autor coloca como fatores centrais na década de 1990: a não consideração constitucional dos 30% para o financiamento federal destinado à saúde; desvio indevido dos recursos da saúde

para outras prioridades do governo; aumento dos subsídios federais aos planos e seguros privados, por meio de renúncia fiscal para as empresas dos planos de saúde; cofinanciamento de seguros privados aos servidores públicos; não ressarcimento das empresas de planos ao SUS pelos serviços públicos prestados aos seus consumidores.

No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) a política de saúde foi pautada na direção da contrarreforma do estado, portanto, uma continuação do governo anterior. Destaca-se, nesse período, o desrespeito às instâncias de controle social, a participação incipiente da sociedade no processo de regulamentação dos planos privados de saúde, criação de agências como a de saúde complementar (ANS) e de vigilância sanitária (ANVISA) com autonomia orçamentária e sem concurso público para ocupação de vagas. Há também a proposta de transferência dos serviços ambulatoriais para organizações sociais que seriam contratadas pelo estado, contudo essa estratégia não foi totalmente implementada. (MATOS, 2014, p. 35).

O ajuste macroeconômico e a reforma do Estado foram os dois grandes projetos desse governo que, além da tortuosa implementação do SUS, resultou no aprofundamento do desemprego, da violência e na piora nas condições de vida e saúde. Com isso os seguimentos de trabalhadores com maior nível salarial migraram para o seguro-saúde e outras formas de AMS, na medida em que se deteriorava a saúde pública e submetia os demais cidadãos brasileiros ao cotidiano das filas, maus tratos, burocratização e baixa qualidade dos serviços (PAIM, 2008, p. 205-206).

Já nesse momento predominavam dois projetos de SUS: o expresso na legislação e nas normativas em vigor, pautado na universalidade e na responsabilidade do Estado e o SUS para os pobres, refém de medidas econômicas, clientelismo e burocracia (PAIM, 2008, p. 211).

Em 2002 a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva representou a esperança por um governo democrático-popular, no qual se enfrentariam as políticas de ajuste, entretanto, todos os parâmetros econômicos do governo FHC foram mantidos (BRAVO; MENEZES, 2013, p. 20).

Portanto, a perspectiva de uma nova correlação de forças, a partir das eleições presidenciais, sinalizava para alguma oportunidade e renovadas esperanças de que o projeto da Reforma Sanitária fosse retomada e

reinserido, radicalmente, na agenda das políticas públicas do país (PAIM, 2008, p. 236).

Apesar de reconhecidos avanços em relação aos direitos sociais “continua-se com as políticas focais em detrimento da lógica do direito e da seguridade social” (BRAVO; MENEZES, 2013, p. 20). Há redução de direitos do mundo do trabalho e privatização de recursos públicos, que são ampliados em espaços de acumulação capitalista (IDEM, p. 21).

Apensar da ampliação dos canais de participação social, o que se constata é a ausência de políticas para o fortalecimento do sistema descentralizado e participativo, a atuação da sociedade ficou reduzida à estratégia de governabilidade (BRAVO; MENEZES, 2013, p. 22).

Matos (2014, p. 36) destaca, ainda, a manutenção da naturalização da esfera privada no âmbito da saúde, como por exemplo, a criação das farmácias populares e a criação das instituições públicas de direito privado que avançam no setor de saúde. A expressão mais conhecida dessa proposta é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), vinculada ao Ministério da Educação com a função de reestruturar os hospitais universitários e que possui uma intenção notadamente mercantil.

A análise que se faz após os dois mandatos do governo Lula é que a disputa entre os dois projetos na saúde – existentes nos anos 1990 – continuou. Algumas propostas procuraram enfatizar a reforma sanitária, mas não houve vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da seguridade social e a articulação com o mercado (BRAVO; MENEZES, 2013, p 32-33).

O comprometimento do governo Dilma Rousseff (2011-2016) com a manutenção do modelo econômico que vinha se perpetuando demonstra a tendência privatista de não priorização do social. Uma de suas medidas foi a continuidade do projeto de Desvinculação das Receitas da União (DRU) que permite retirar 20% do orçamento da seguridade social para pagar os juros da dívida e manter o superávit primário (BRAVO; MENEZES, 2013, p 23).

Matos (2014, p. 38) ressalta que no governo de Dilma permanecem as contrarreformas correspondentes às exigências neoliberais, inclusive seguindo o rol de orientações do Banco Mundial para países como o Brasil, que prega o fim da universalidade na política de saúde. Dessa forma, a naturalização do setor privado

no SUS é uma exigência do capital – essas medidas contrárias aos direitos sociais não se tratam de desejo particular dos governantes, mas de uma dimensão da programática neoliberal – com a qual não houve ruptura no governo do Partido dos Trabalhadores e sim continuidade.

Bravo e Menezes (2013, p. 38) ressaltam ainda que durante o governo Dilma houve negociações com planos privados de assistência à saúde para expansão desse mercado por meio da redução de impostos e novas linhas de financiamento. Essa proposta seria uma forma de universalização do acesso à saúde por meio de planos privados o que fortalece a universalização excludente do SUS apenas para os seguimentos mais pobres da população.

O elemento mais marcante para a política de saúde no Governo de Michel Temer (2016-2018) foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (PEC 55), que prevê o teto para os gastos públicos durante 20 anos visando a recuperação da economia, mas que pode trazer impactos desastrosos para a consolidação do SUS e fortalece modelo privatista. Aprovada em dezembro de 2016, resulta em uma série de alterações na Constituição Federal referentes ao novo regime fiscal que estabelece limite de gastos para as despesas primárias no âmbito da seguridade social.

O congelamento da PEC 55 será feito sobre um dos valores mais baixos aplicados em saúde nos últimos anos. Diante do cenário atual de desfinanciamento na área de saúde, que já não consegue atender às demandas da população, congelar gastos por 20 anos, pode resultar em um subfinanciamento crônico do qual não será possível sair. O PIB crescerá e as despesas primárias permanecerão congeladas, isso provocará inviabilização de aumentar os recursos financeiros para despesas com saúde e educação (CNS, 2016).

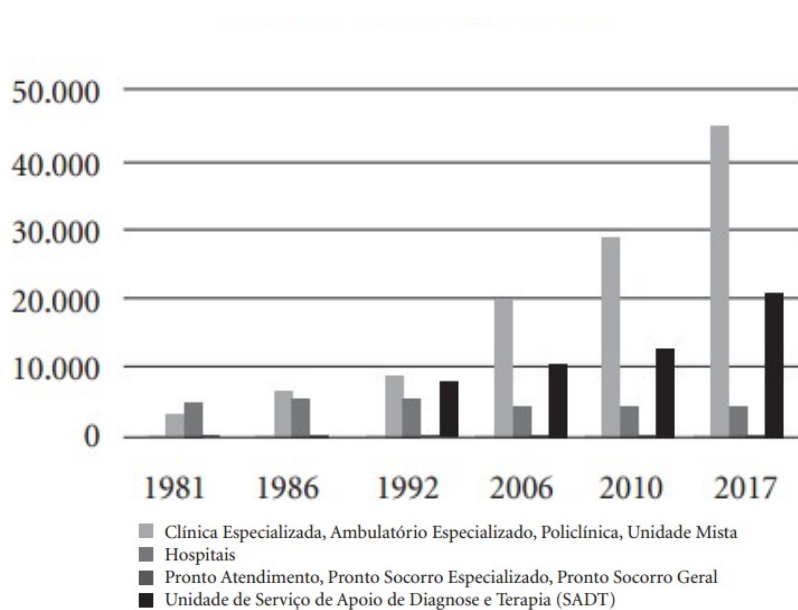
De acordo com o IBGE, em 20 anos, a população brasileira terá aumentado 9%, a população idosa será o dobro e conseqüentemente as demandas pelos serviços de saúde também serão maiores, mesmo assim os gastos com a saúde estarão congelados. A previsão é de que ao longo dos 20 anos deixarão de serem gastos R\$ 434 bilhões com a saúde e o impacto será maior para o Piso da Atenção Básica, medicamentos, exames complexos, cirurgias eletivas e vigilâncias sanitária, epidemiológica e em saúde (CNS, 2016).

Esse cenário desestrutura os eixos constitucionais do SUS, deixando-o com recursos insuficientes o que abre caminho para os serviços privados que

deveriam ser complementares. Então fica evidente que essas medidas contra o SUS não são isoladas, mas aliadas à perpetuação de outro modelo de saúde (SANTOS, 2018a, p. 1733).

Em sua análise Viacava (2018, p. 1754) mostra o crescimento do setor de saúde privado, principalmente na oferta de serviços especializados, ambulatoriais e SADT.

Gráfico 2 – Estabelecimentos privados de saúde entre os anos 1981 e 2017



Fonte: VIACAVA, 2018, p. 1754

O autor também identifica uma interdependência entre os setores públicos e privados na qual o SUS necessita dos serviços privados para atender a população e a maioria desses estabelecimentos depende dos recursos públicos porque atendem exclusivamente SUS ou são mistos.

Dessa forma, as ações governamentais, ao descaracterizar o SUS, criam ideologicamente a impossibilidade de materialização da política de saúde pública (MATOS, 2014, p. 27):

[...] A saúde como um nicho de mercado, logo como um serviço que deve ser comprado pelos seus usuários, vem sendo naturalizada. [...] A condução do SUS expressa um resultado de anos de governo [...] investidos na busca da redução do Estado na garantia dos direitos sociais universais com vistas a maximização dos lucros, uma estratégia que favorece os detentores do capital (MATOS, 2014, p. 27-28).

Nesses 30 anos de Sistema Único de Saúde, o processo é de desvio das bases políticas e conceituais que orientaram a sua criação, isso coloca a consolidação do SUS muito distante da sua ideia original, tanto por meio da não concretização de muitos aspectos da política, quanto pela retirada ou sucateamento de serviços já existentes. Isso porque a conjuntura não possibilita uma ruptura com o privilegiamento do setor privado nem com a lógica de mercantilização, em outras palavras, tal contexto derruiu o projeto da reforma sanitária.

O resultado disso é um SUS cuja atuação estatal predomina nas esferas menos lucrativas, pelas quais o setor privado não interessa, enquanto os serviços mais rentáveis tornam-se os maiores alvos da privatização e da terceirização. Como consequência acontece ampliação das clínicas e hospitais privados, expansão dos planos de saúde, sucateamento dos hospitais e equipamentos de saúde públicos, redução de recursos e uma política focalizada entre aqueles que não conseguem pagar pelos serviços.

Essa fração da classe trabalhadora, para a qual o SUS é a única forma de assistência à saúde, envolve grande parte dos cidadãos e, embora haja essa divisão entre quem procura os serviços públicos, o sistema não tem estrutura suficiente para responder todas as demandas. “[...] Apesar de o SUS ser responsável pelo atendimento de 75% da população, o faz com cerca de 46% dos recursos do setor [...]” (RIZZOTTO, 2018, p. 1717). Resulta que o sistema de saúde sai da universalização para a focalização e da integralidade para a fragmentação da atenção.

3.2.1 Trinta anos depois: os rumos da política de saúde na conjuntura atual

Os problemas na implementação do SUS nessas três décadas podem ser atribuídos aos governos que nunca assumiram a saúde como prioridade e, também, ao posicionamento de organismos internacionais, como o Banco Mundial, que nunca pactuou com o caráter universal dessa política. São agentes a favor do capital que ressaltam a desqualificação do SUS e a eficácia do setor privado (RIZZOTTO, 2018, p. 1717).

Organismos financeiros internacionais recomendam reformas no sentido de racionalização de gastos com a área social e fortalecimento da lógica privada na oferta dos serviços à população.

A partir da contrarreforma do Estado proposta pelo Banco Mundial as políticas sociais tendem: à focalização, em que os gastos sociais são dirigidos aos setores de extrema pobreza; à descentralização da gestão da esfera federal para estados e municípios sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas; à privatização, com o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado que é regido pelo mercado (CORREIA, 2007, p. 6).

Em documento publicado pelo Banco Mundial (BM) em novembro de 2017, o qual analisa a eficiência do gasto público no Brasil, são apresentados os seguintes indicadores:

O Sistema Único de Saúde (SUS) garante o acesso dos mais pobres à saúde. No quintil mais pobre, 60% dependem do SUS para atendimento primário, e mais de 90%, para atendimentos mais complexos. Mais da metade de todas as despesas públicas com saúde beneficiam os 40% mais pobres da distribuição de renda, e somente 23% cabem aos dois quintis mais ricos. Todavia, os brasileiros mais ricos beneficiam-se de maneira desproporcional da dedução das despesas com seguros privados de saúde de suas declarações de renda (IRPF), o que constitui um subsídio para as despesas de saúde privada. Somente 11% das isenções do IRPF beneficiam os 40% mais pobres da população, e somente 27% beneficiam os 60% mais pobres. Como resultado, ao considerar as isenções tributárias, os gastos públicos com saúde são menos progressivos, pois 33% dos benefícios cabem aos dois quintis mais ricos da população, e 46%, aos 40% mais pobres (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 118).

A partir desses dados, o Banco Mundial (2017, 118-119) estabelece algumas medidas que, podem ser aplicadas para melhorar a prestação de serviços aliada à redução dos custos:

- Racionalização da rede de prestação de serviços, que exigiria a redução do número de hospitais de pequeno porte. Também seria necessário um modelo de gestão mais eficiente, tendo como referência a gestão hospitalar realizada pelas Organizações Sociais.

- Aumentar a produtividade dos profissionais de saúde por meio da remuneração vinculada à qualidade e ao desempenho e adotar um processo de produção mais intensivo com profissionais de enfermagem do que com médicos, uma vez que os enfermeiros poderiam realizar atendimentos básicos. Tendo em vista que a remuneração dos médicos é relativamente alta, “se os procedimentos mais rotineiros (consulta, prescrição de medicamentos e exames) fossem realizados por profissionais de saúde de nível mais baixo seria possível melhorar a qualidade e a eficiência dos atendimentos” com custos menores (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 118).

- Reforçar e expandir a cobertura da atenção primária a fim de reduzir o número de hospitalizações e reduzir gastos. Além disso, seria preciso melhorar a interação do SUS com o setor privado para evitar a duplicidade de serviços e a competição entre ambos.

- Redução dos gastos tributários com a saúde, os quais, segundo o BM, são altamente regressivos e não há nenhuma justificativa para que o governo pague pelo atendimento de saúde dos grupos mais ricos da população.

Concorda-se que os gastos públicos no Brasil devem ser melhores aplicados, mas na direção de ampliação dos investimentos e dos serviços para melhor atender às demandas da população, ao contrário da análise realizada no documento, que se direciona pela lógica de mercado. O Banco não problematiza a desigualdade no acesso à saúde com o intuito de pensar meios de fortalecimento da equidade e da universalidade, diferente disso, essas proposições também sugerem a redução do SUS para atender apenas os seguimentos mais pobres da população.

A área da saúde é uma área de grande interesse do capital, ou seja, dos grupos privados de saúde, indústrias farmacêuticas e de equipamentos nacionais e internacionais. A interferência do BM é no sentido de fortalecer o mercado da saúde [...]. O Banco Mundial, desde 1975, já apresentava as primeiras diretrizes para uma reforma nas políticas de saúde aos países por ele subsidiados, reafirmadas nos documentos posteriores, tais como: a quebra da universalidade do atendimento à saúde, a priorização da atenção básica, a utilização da mão-de-obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde e simplificação dos mesmos, a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres (CORREIA, 2007, p. 17).

A tendência das medidas do adotadas pelo governo contra a crise atende às exigências dos organismos internacionais, não só para a política de saúde, mas para outras áreas da política social. O SUS vivencia um processo de repasse de gestão para outras modalidades – Empresas públicas, Organizações Sociais, empresas terceirizadas – mediante transferência de recursos públicos, em que o Estado deixa de executar diretamente os serviços e a privatização acontece no repasse dos recursos para setores não exclusivos do Estado.

O estado coloca-se, cada vez mais, a serviço dos interesses do capital, exigindo o protagonismo da sociedade civil nas respostas à questão social, colocando-a “como desdobramento do processo de reestruturação capitalista e do seu corolário, o neoliberalismo” (CORREIA, 2007, p. 15). A desresponsabilização do Estado repassa para a sociedade civil, através de parcerias e princípios de ajuda mútua, solidarismo e voluntariado, a tarefa de responder às manifestações da desigualdade social (CORREIA, 2007, p. 5).

Essas alterações no trato da questão social, inerentes ao processo de reestruturação do capital, aliadas ao contexto de crise junto a anunciada escassez de recursos, servem como justificativa para a retirada de responsabilidades do Estado na área social e ampliação do terceiro setor, de forma que a resposta à questão social tende a ser transferida para o âmbito imediato e individual. Nesse contexto as políticas sociais são acusadas de causar o esvaziamento do fundo público, como recursos mal aplicados e sem retorno, são vistas como vilãs, enquanto a eliminação da intervenção social do Estado e o livre mercado são propagados como solução parcial para a crise (MONTAÑO, 2002, p. 54).

Bravo e Correia (2012, p. 130) analisam que na proposta de contrarreforma, a sociedade é convocada a atuar como parceira do Estado, justificada pela necessidade de soluções inovadoras. As empresas, sindicatos, famílias e grupos comunitários são responsabilizados pelos custos e pelas soluções no enfrentamento à questão social, com a estratégia de que essas parcerias assumam diretamente os custos da crise.

As organizações do terceiro setor⁷ emergem na área da saúde concomitante à reforma do Estado, a partir da década de 1990, como nova

⁷ As organizações sociais são regulamentadas pela Lei federal nº 9.637/98, e são qualificadas como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à saúde, à assistência social, ao ensino, à pesquisa, à cultura.

modalidade de gestão dos serviços de saúde e como incentivo para a produção não lucrativa, por parte da sociedade, de bens e serviços não exclusivos do Estado. Dessa forma, desempenhando função social de gestão e provisão dos serviços de saúde (MORAIS *ET AL*, 2018, p. 2).

[...] No caso brasileiro as Organizações Sociais materializariam a tendência crescente da “privatização ativa”, quando o Estado estimula a formação de um mercado interno na saúde, amplia as modalidades de transferência do fundo público para o setor privado e garante os instrumentos legais para a operacionalização deste novo modelo, num contexto em que a lógica mercantil vem se tornando o elemento definidor dos rumos da política nacional de saúde. (MORAIS *ET AL*, 2018, p. 3)

Outra tendência que ganha força na atualidade é o posicionamento da grande mídia a favor dos serviços privados. Matos (2014, p. 32) identifica que as representações midiáticas apontam para uma concepção desviante do que seja o SUS por meio da naturalização da privatização e da terceirização, responsabilização do servidor público pelos problemas existentes, naturalização da saúde como mercadoria e normalidade da apropriação dos interesses privados pelo Estado. Tais posicionamentos têm logrado êxito junto aos cidadãos, inclusive entre a classe trabalhadora que depende dos serviços públicos.

Em âmbito nacional a grande mídia tem sido um ator que sempre jogou contra o SUS e a favor do setor privado, contribuindo para formar uma imagem negativa do sistema, que ao longo do tempo não logrou ganhar os corações dos trabalhadores, profissionais e usuários para sua defesa em tempos sombrios como os atuais (RIZZOTTO, 2018, p. 1717).

O momento atual é de apreensão frente ao novo governo federal. Pode-se mensurar a permanência das medidas adotadas até o presente momento e a prevalência das estratégias de fortalecimento do capital em detrimento da ampliação da cidadania. A princípio, o plano de governo do presidente eleito não aborda nenhum aspecto de ampliação dos investimentos na área social, ao contrário, aproxima-se muito àquelas orientações do BM. Para a saúde a proposta é de manutenção dos recursos atuais, fortalecimento da parceria público-privado e responsabilização apenas dos servidores na prestação de atendimentos que contemplem as demandas da população.

Nesse cenário, mais que oportuna e necessária é a retomada e o fortalecimento das bandeiras de luta da reforma sanitária. “A defesa dos espaços

públicos é fundamental, particularmente porque estamos longe de termos um SUS público, com financiamento suficiente e adequado às suas atribuições [...]” (RIZZOTTO, 2018, p. 1717). Conforme afirma Santos (2018a, p. 1735):

É urgente preservar as conquistas de universalismo e de direitos sociais. Sem o que a contra-hegemonia perde legitimidade e se fragiliza perante a cidadania. Não é sonho: a resiliência e os avanços do SUS referidos no início atestam, ainda que setorial e parcialmente, que podem ser mais um testemunho do processo civilizatório (SANTOS, 2018a, p. 1735).

Santos (2018b, p. 2044) analisa esses 30 anos como um período de perturbações da ordem política, econômica e social com escancaradas promiscuidades entre público e privado em que o capitalismo financeiro e globalizado arrefece os direitos individuais e sociais de quem nem chegou a vivê-los.

Conforme afirma o autor, é fundamental banir o dilema saúde fiscal x saúde das pessoas, a sociedade não pode abdicar do SUS em troca da saúde como mercadoria pela qual poucos podem pagar. “Sem SUS, é barbárie sanitária” (SANTOS, 2018b, p. 2049).

O projeto da reforma sanitária não é só um projeto de saúde pública, é um projeto que exige ruptura com a atual forma de organização social, uma vez que preconiza universalidade, equidade, justiça social, ampliação da cidadania. Esses valores que norteiam a luta pela saúde mostram-se inviáveis na sociedade do capital. Por isso a luta em defesa do SUS é intrínseca à necessidade de fortalecimento da classe trabalhadora e inserida no confronto entre capital e trabalho.

A retomada desses enfrentamentos e o fortalecimento de bandeiras de luta contra a privatização da saúde possuem grandes desafios, principalmente quanto à organização coletiva e a consciência de classe, no entanto é uma arma que os trabalhadores possuem para tentar frear as investidas mercantis contra democracia.

4 O SUS NO ESTADO DO TOCANTINS

4.1 o desenho da regionalização do SUS no Estado

Como destacado no primeiro capítulo, a regionalização é uma estratégia de descentralização das ações e serviços de saúde, que transfere para a esfera municipal a gestão e a execução desses serviços como forma de garantir maior abrangência da política de saúde, com objetivos de diminuir as distâncias e facilitar o acesso da população à atenção integral. Buscou-se então, conhecer a forma como o Tocantins organizou essas regiões de saúde ao longo dos anos, após a criação do Estado, e os êxitos conquistados a partir dessa estratégia.

Um estudo apresentado no I Seminário Estadual de Regionalização da Saúde no Tocantins (2005), indica que a realidade da década de 1990 era de uma rede deficitária no atendimento à demanda, dificuldade de acesso, pouca resolutividade, atividades isoladas de atenção básica, alto número de encaminhamentos para outros estados da federação, falta de recursos humanos, alta rotatividade de profissionais, o Estado como gestor e executor da maior parte das ações na atenção básica, prevalência dos serviços privados na área de atenção hospitalar, ausência das redes de serviços, e sistema de saúde pouco funcional (TOCANTINS, 2005).

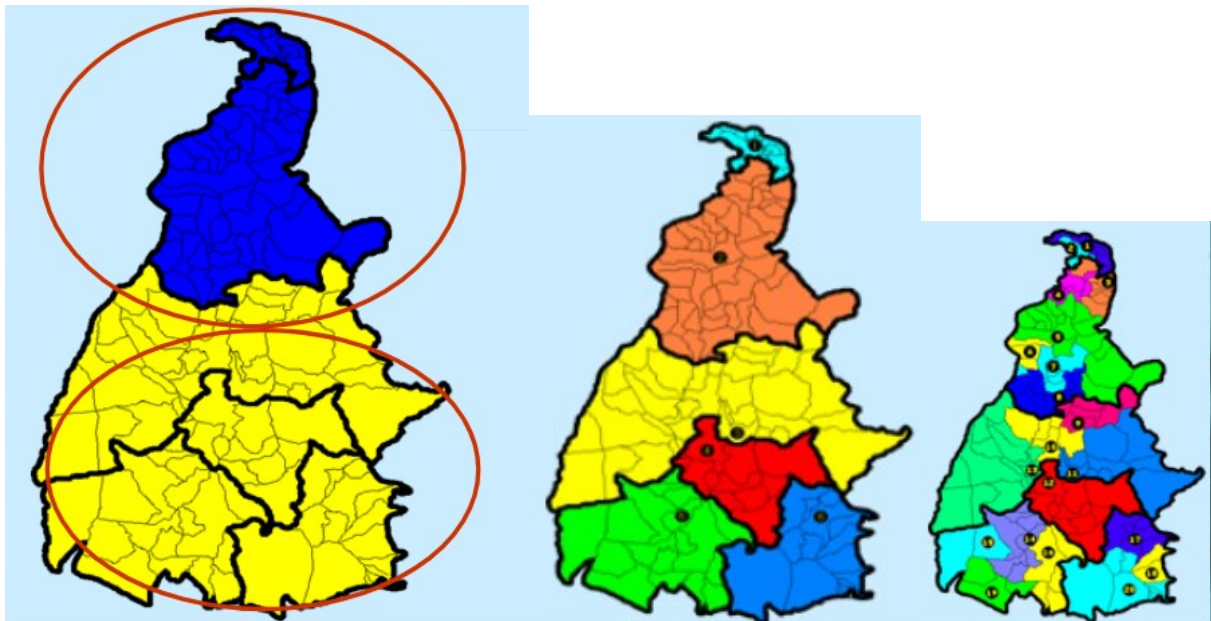
A partir da análise documental é possível afirmar que o Estado vem desde 1995 construindo a regionalização por meio de duas macrorregiões, cuja organização do modelo assistencial pautou-se nos seguintes eixos: expansão dos Programas de Saúde da Família, priorização da municipalização das unidades hospitalares de baixa resolutividade e da atenção básica, diminuição da participação privada complementar na média e alta complexidade, instalação de unidades de pronto atendimento com gestão dos municípios (TOCANTINS, 2005).

A regionalização teve como compromisso o avanço no processo de descentralização, expansão dos Programas de Saúde da Família, desenvolvimento de recursos humanos, reestruturação da média complexidade, estruturação dos serviços de alta complexidade, fortalecimento dos municípios como gestores de saúde, fortalecimento da atenção básica e implantação de novos serviços (TOCANTINS, 2005).

A partir de 2004 o Plano Estadual de Saúde traz como princípios norteadores o fortalecimento da gestão do SUS, modernização da Secretaria de Saúde e a regionalização da atenção à saúde, cujas diretrizes visam fortalecer a capacidade de gestão do SUS por meio da descentralização dos sistemas microrregionais e da reorganização da atenção, buscando a integralidade das ações e serviços de saúde (TOCANTINS, 2004, p. 9, 15).

De acordo com o desenho da regionalização em 2004, o Tocantins foi dividido em 02 macrorregiões, 6 microrregiões e 20 módulos assistenciais. O Plano Diretor da Regionalização (PDR) apresentava-se da seguinte maneira:

Mapa 1 – Organização das Regiões de saúde 2002-2006



Fonte: PES, 2012, p. 209

Os municípios satélites possuíam como referência os municípios sede dos módulos e estes os municípios sede das microrregiões, os quais eram referenciados pelos municípios da macrorregião, organizando-se o fluxo dessa forma.

A Secretaria de Saúde do Estado elaborou o primeiro Plano Diretor de Regionalização no ano de 2002. As duas sedes de macrorregião que compunham o PDR, abrangiam as duas maiores cidades na época: Araguaína ao norte, Palmas capital na região centro-sul. Seis microrregiões foram definidas em cidades que possuíam a maior abrangência populacional e os maiores Hospitais Estaduais. Nesta ocasião a Secretaria

de Estado da Saúde já possuía a implantação da Rede Nacional de Informação para Saúde (RNIS) da vigilância epidemiológica, com 20 municípios denominados polos RNIS. Esses polos nortearam a definição das sedes de módulo. Todo o desenho da PDR foi definido pelos critérios de: abrangência e porte populacional, acessibilidade rodoviária, em locais onde já haviam serviços e capacidade instalada (hospitais estaduais denominados Comunitários e hospitais municipais de referência), pela viabilidade da atenção de alta complexidade, o nível do processo de descentralização das ações, bem como os fluxos previamente estabelecidos com a experiência de regionalização já existente (TOCANTINS, 2008, p. 107).

O PDR segue a tendência da organização das redes de saúde no país, conforme analisam Arretche e Marques (2002, p. 457), as regiões se desenvolveram com mais intensidade em torno de municípios dotados de estrutura, recursos e capacidade gerencial acima da média do país, centralizando a maior parte dos serviços de saúde em municípios de maior porte, em geral nas capitais dos estados e nos polos regionais, para depois contemplar um conjunto mais amplo de municípios.

Em 2007 altera-se a regionalização, uma vez que o Estado adere ao Pacto pela Saúde e passa a ser dividido em 15 regiões.

Mapa 2 – Regionalização da saúde 2007-2012



Fonte: TOCANTINS, 2012, p. 207

O PES 2008-2012 assume esse novo desenho das regiões e apresenta entre suas estratégias o fortalecimento da regionalização no Estado, fortalecimento da gestão municipal, promoção da adesão municipal ao Pacto pela Saúde⁸, ampliação da qualificação profissional individual e coletiva, fortalecimento das redes de atenção à saúde no Estado e ampliação do acesso da população aos serviços básicos.

O Plano Estadual de Saúde de 2012-2015 apresenta os avanços obtidos na área da saúde até o ano de 2011, momento que o Estado já possui gestão plena do Sistema Estadual podendo gerir seus recursos, em que a cobertura da população pelas Equipes de Saúde da Família alcançou 90,8%. Em relação aos serviços de média e alta complexidade, o estado possui, em 2011, 23 hospitais de pequeno porte, 18 hospitais regionais, 11 hospitais municipais, 1 hospital especializado, 10 CAPS, 7 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Serviços de urgência (SAMU) em 3 municípios com mais 7 municípios em fase de implantação. Também possuía quatro unidades de pronto atendimento com mais duas em processo de construção, quatro unidades especializadas de assistência farmacêutica, um hemocentro, um núcleo de hemoterapia, duas unidades de coleta e transfusão (TOCANTINS, 2012, p. 257 – 229).

O PES (2012-2015) assume os objetivos de fortalecer a política de atenção primária, promover atenção integral à saúde da mulher, estender a assistência farmacêutica, ampliar a rede de atenção à saúde mental, tornar mais abrangente o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, diminuir o índice de doenças, aumentar as ações de vigilância sanitária e fomentar as ações de educação e pesquisa (p. 271-285).

Ainda em 2012 é aprovada nova regionalização com oito regiões, por meio da Resolução CIB nº 161/2012, a qual também determina os serviços mínimos a serem ofertados em cada região.

8 O Pacto pela saúde reforça o compromisso com a regionalização e a cooperação entre as três esferas do governo, cujo objetivo é a organização de uma rede de ações e serviços de atenção à saúde integral e resolutiva (PES, 2012, p. 207).

Mapa 3 – Regionalização da saúde a partir de 2012



Fonte: COSEMS/TO, 2016

O Art. 1º da Resolução CIB nº 161/2012 estabelece o mínimo de serviços para cada região:

I Atenção primária: 80% de cobertura Estratégia de Saúde da Família e suficiência da atenção básica na região; II Urgência e Emergência: 01 pronto socorro funcionando 24h na região; III Atenção Psicossocial: pelo menos 01 Centro de Atenção Psicossocial; IV Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar: atendimento ambulatorial em clínica médica e cirurgia geral e hospitalar nas clínicas médicas, cirúrgicas e obstétricas; V Vigilância em Saúde: equipe de vigilância legalmente constituída no município (TOCANTINS, 2012).

Com a ampliação dos serviços de saúde, os municípios com maior número populacional também conseguiram implementar serviços de média e alta complexidade e assim a regionalização se estruturou em torno desses oito

municípios com o intuito de diminuir as distâncias entre a população e os serviços e garantir o acesso em tempo oportuno.

Tabela 1 – Composição das regiões de saúde

Região de Saúde	Municípios	População
Cerrado Tocantins Araguaia	23	154.655
Bico de papagaio	24	201.544
Cantão	15	122.419
Capim Dourado	14	333.566
Ilha do Bananal	18	179.492
Médio Norte Araguaia	17	281.778
Sudeste	15	96.436
Amor perfeito	13	108.273

Fonte: IBGE, 2010, *apud* CIB, 2012

A regionalização da saúde tal como está configurada traz como diretrizes a ampliação da cobertura e qualidade dos serviços de saúde; aprimoramento da gestão hospitalar, fortalecimento das ações de promoção e prevenção, aprimoramento da gestão participativa, promoção da educação permanente, prestação de apoio aos municípios nos processos de trabalho na atenção primária, ampliação do acesso da população aos medicamentos (TOCANTINS, 2016, p. 263-267).

Os Planos de Saúde trazem um panorama sobre a situação de saúde da população e a partir disso os objetivos e as diretrizes para melhor atender as demandas existentes, tanto utilizando os serviços já criados, quanto propondo novos serviços que se fazem necessários na rede. Observa-se que as regiões são organizadas a partir da oferta desses serviços e de acordo com o perfil demográfico e epidemiológico dos municípios que compõem as regiões.

Para conhecer de que forma esse planejamento tem ganhado materialidade, no próximo tópico, mapeou-se os serviços existentes nessas regiões, a fim de discutir a cobertura dos serviços e a potencialidade de alcance dos objetivos assumidos pela gestão do SUS.

4.2 A materialização do SUS no Tocantins

A partir do levantamento realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, identificaram-se as unidades de saúde existentes nos municípios Tocantinenses, exceto os órgãos de gestão, para então discutir a concretização da política de saúde no estado por meio da regionalização. Ao total foram pesquisados 858 estabelecimentos de saúde, tanto de gestão estadual quanto municipal, nos três níveis de complexidade.

Tabela 2 – Estabelecimentos de Saúde no Tocantins

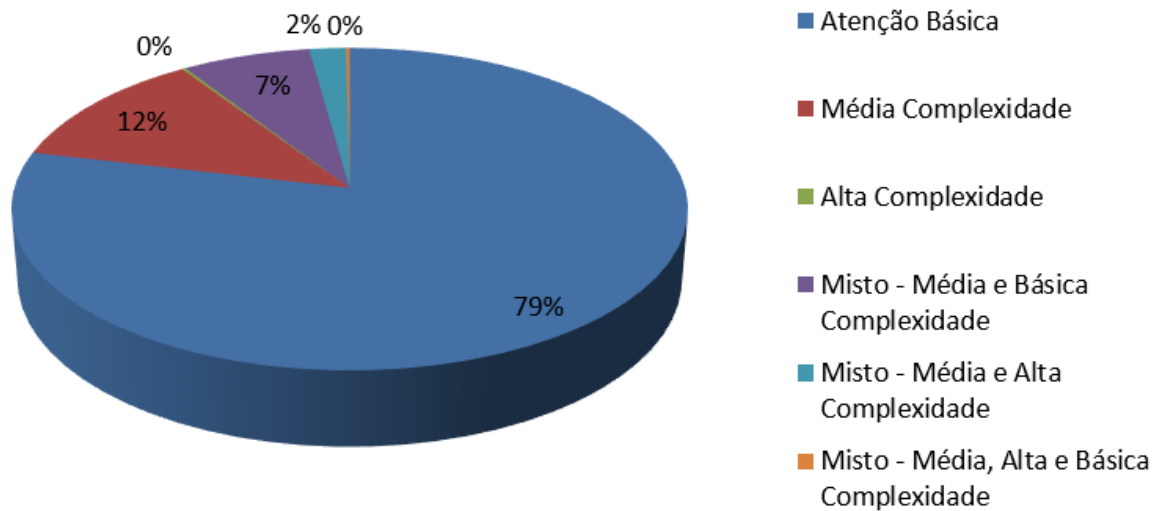
Tipo de estabelecimento	Total
Hospital Geral Regional	18
Hospital Geral Municipal	7
Hospital Geral de Pequeno Porte	21
Hospital Materno Infantil	1
Unidade Básica de Saúde ⁹	451
Unidade de Pronto Atendimento	18
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	18
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais	2
Centro de Hematologia e Hemoterapia	3
Unidade de Vigilância Sanitária e Epidemiológica	126
Unidade Móvel Odontológica	13
Academia de Saúde	74
Clínica/Centro de Especialidades	29
Policlínica	8
Farmácia	13
Centro de Atenção Psicossocial	20
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	22
Centro de Controle de zoonoses	4
Unidade Mista de Saúde	1
TeleSaúde	1
Centro de Atenção Inclusiva	1
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	3
Hemocentro	1
Central de Transplante	1
Central de Vacina	1
Unidade de Coleta e Transfusão	1
Total de Estabelecimentos	858

Fonte: CNES, 2018

Esses estabelecimentos de saúde estão classificados de acordo com os níveis de atenção:

⁹ Incluem-se Unidades de Saúde da Família, Postos de Saúde e Centros de Saúde, uma vez que possuem as mesmas configurações e concentram as Equipes de Saúde da Família, bem como as Equipes de Agentes de Saúde.

Gráfico 3 – Estabelecimentos de saúde por nível de atenção



Fonte: COUTINHO, 2018

Afirma-se que o Estado possui 79% dos equipamentos de saúde na área da atenção básica, a qual abrange todos os municípios do estado, 21% dos equipamentos possuem média complexidade e a alta complexidade se operacionaliza em 2,2% desses dispositivos, sendo que esses serviços se concentram nos municípios maiores, principalmente Palmas, Araguaína e Gurupi.

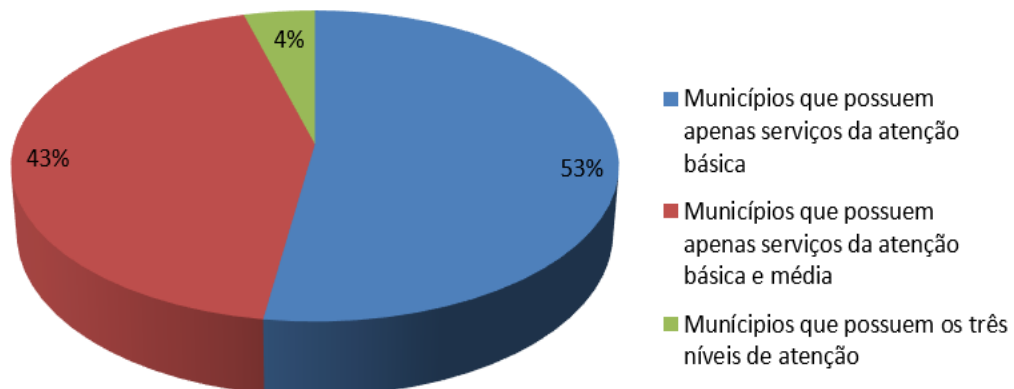
A rede de atenção básica possui o objetivo de resolver os problemas de saúde mais comuns e prioritários, deve ter capacidade de solucionar 80% dos motivos que levam uma pessoa a procurar os serviços de saúde, portanto, é a porta de entrada do SUS responsável por racionalizar o acesso aos serviços especializados e hospitalares (SOLLA; CHIORO, 2012, p. 549).

A média complexidade é o conjunto de serviços que ainda não se configuram como alta complexidade e transcendem a atenção básica. É o *locus* de produção dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), bem como da atenção especializada de menor complexidade tecnológica e dos procedimentos que demandam menores investimentos financeiros e resolve cerca de 15% dos problemas de saúde. A alta complexidade, por sua vez condensa os procedimentos de alto custo cujos procedimentos demandam maiores investimentos em tecnologia

e atende cerca de 5% das demandas de saúde. (SOLLA; CHIORO, 2012, p. 559, 558)

O gráfico a seguir, sobre os níveis de atenção nos municípios, mostra que 53% dos municípios possuem apenas atenção básica (vigilância sanitária, academia de saúde e Unidades Básicas de Saúde). 43% dos municípios contam com os serviços da média complexidade, principalmente nos hospitais municipais ou regionais e nos Centros de Atenção Psicossocial e apenas 4% dos municípios possuem os serviços da alta complexidade.

Gráfico 4 – Níveis de atenção nos municípios



Fonte: COUTINHO, 2018

A atenção básica abrange todos os municípios do Estado com os serviços das Equipes de Saúde da Família, Vigilância Sanitária e, para maior parte dos municípios, academia de saúde. No entanto, para 53% dos municípios esses são os únicos serviços de saúde que existem na rede pública.

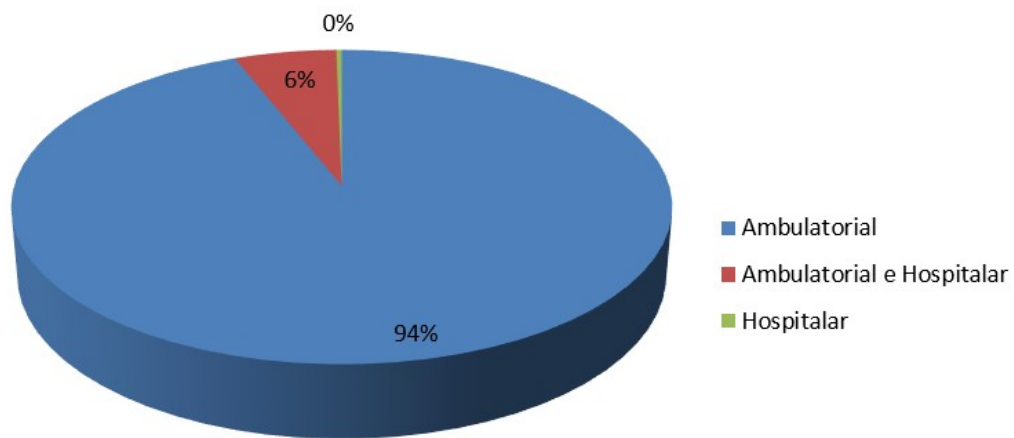
A tendência é de que a atenção básica seja de abrangência municipal – uma vez que deve atuar no território e estar o mais próximo possível do público-alvo –, os serviços de média complexidade sejam regionalizados e a alta complexidade assuma uma característica de regionalização macro, tendo em vista que está presente em municípios estratégicos, e de fácil acesso da população, os quais podem referenciar todas as regiões do Estado.

Constitui-se então um fluxo dos atendimentos em saúde, de acordo com as demandas: os municípios proporcionam o acesso à atenção básica; os

municípios-polo de cada região (microrregiões) atendem as demandas a nível de média complexidade e possuem referência regional; os municípios da macrorregião recebem as demandas de alta complexidade e referenciam as demandas das várias regiões do Estado. O desafio é “suprir os vazios dos equipamentos/serviços de saúde tanto nas microrregiões como nas macrorregiões” (GOYA, 2017, p. 231).

Pesquisou-se, também, o tipo de atividade realizada pelos serviços:

Gráfico 5 – Tipo de Atividade

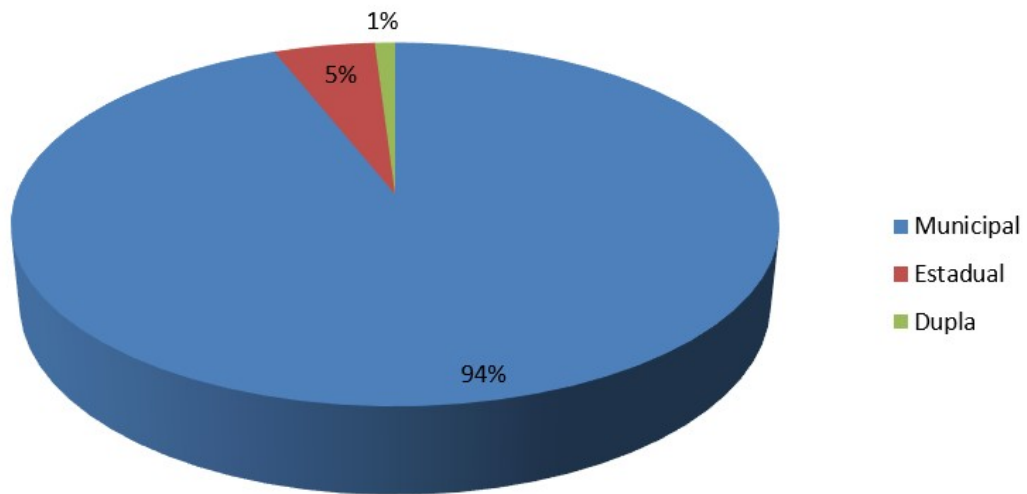


Fonte: COUTINHO, 2018

As atividades são 94% ambulatoriais, 6% hospitalar e ambulatorial e apenas 0,3% classificadas como unicamente hospitalar. Os serviços ambulatoriais são de nível primário, ou seja, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, ou de nível especializado, que conta com profissionais de diferentes especialidades e dos recursos de SADT. A atenção hospitalar atende a necessidade de permanência do usuário no serviço de saúde. Os serviços de natureza ambulatorial-hospitalar estão nas regiões de maior densidade populacional, em hospitais regionais e municipais.

Em relação à gestão dos serviços, a predominância da administração municipal mostra o reflexo da descentralização de responsabilidades para os municípios, em que o Estado fica apenas na gestão de serviços de média e alta complexidade e os municípios assumiram totalmente a gestão da atenção básica.

Gráfico 6 – Gestão dos serviços de saúde



Fonte: COUTINHO, 2018

Os municípios gerenciam toda a atenção básica e parte da média complexidade, de forma que o Estado assume a gestão dos dispositivos que são regionalizados incluindo todos aqueles que pertencem à alta complexidade. Por conseguinte, os municípios gerenciam os serviços que demandam menores custos, como no caso da vigilância sanitária e epidemiológica, equipes de saúde da família, consultórios odontológicos, hospitais de pequeno porte, academias de saúde e Centros de Atenção Psicossocial.

A grande maioria dos serviços de saúde públicos é municipal o que significou a cobertura assistencial em pequenas localidades previamente desassistidas, como é o caso dos territórios indígenas. Os municípios também assumem a gestão do setor hospitalar com hospitais de pequeno porte (GUIMARÃES E GIOVANELLA, 2004, p. 286). Dessa forma, Guimarães e Giovanella (2004, p. 286) reiteram a importância da integração de redes regionais para cumprir com o princípio da integralidade e, de forma articulada, garantir as ações de saúde em todos os níveis de complexidade.

De acordo com Santos (2018b, p. 2045), a descentralização com direção única em cada esfera de governo tem como princípio a subsidiariedade com o pressuposto de que o Estado não deve fazer aquilo que pode ser feito pelos municípios. De acordo com o autor, a municipalização é uma forma de contemplar as necessidades locais, tendo em vista as diferentes realidades de saúde existentes no território brasileiro, a qual, por outro lado, encontra entraves do ponto de vista da

transferência de recursos da união para os Estados e destes para os municípios, e ainda não cumpre todos os critérios definidos pela legislação.

Feitas essas considerações gerais sobre a organização dos serviços de saúde no Estado, segue a forma como esses dispositivos estão presentes em cada região de saúde.

Mapa 4 – Região de saúde Bico do Papagaio



Fonte: COUTINHO, 2018

A região Bico do Papagaio, localizada ao norte do Estado possui os serviços da atenção básica em todos os 24 municípios, quais sejam: ESF (incluindo 4 unidades de saúde indígenas), academias de saúde e unidades de vigilância sanitária. Oito dos municípios contam com pelo menos um dispositivo que oferta atenção de média complexidade: Hospital Regional, Municipal e de Pequeno Porte, SADT, Clínicas especializadas, UPAs, CAPS e Farmácia; sendo que o município com maior índice populacional, Augustinópolis, também possui um Centro de Hemoterapia e Hematologia.

Mapa 5 - Região de Saúde Médio Araguaia



Fonte: COUTINHO, 2018

Nessa a atenção básica abrange todos os municípios por meio das ESF (com duas unidades indígenas), Unidades de vigilância sanitária, academias de saúde e consultórios de Odontologia. Já a média complexidade possui hospitais Regionais e de pequeno porte, clínicas especializadas, UPA, farmácia, CAPS, SADT, Unidades do SAMU, Centro de Controle de Zoonoses e CEREST. Araguaína, com mais de 150 mil habitantes, é o maior município da região e concentra a maior parte desses serviços, incluindo a atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade. Por sua vez, esse município também é referência para outras regiões.

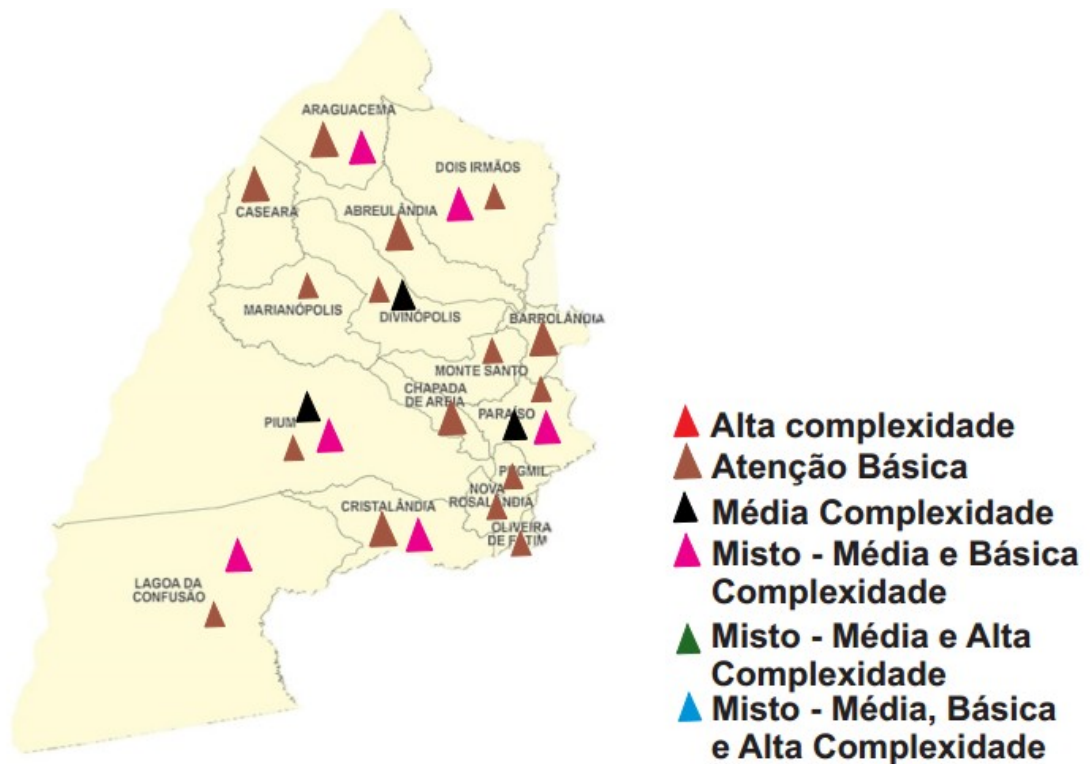
Mapa 6 – Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia



Também ao norte do Estado, na Região Cerrado Tocantins Araguaia, além da atenção básica, oferta os serviços dos Hospitais Regionais e de Pequeno Porte, Clínicas especializadas, SADT, CAPS, Farmácia, e UPAs, com apenas um hospital de média e alta complexidade em Itacajá, sendo que Colinas e Guaraí concentram maior parte dos dispositivos de média complexidade.

Tendo em vista a localização dos serviços e a centralização da oferta de atenção especializada em poucos locais, pode existir uma lacuna entre a atenção básica e os outros serviços de saúde, tendo em vista o distanciamento e a dificuldade de acesso. Essa centralidade também se observa no dia-a-dia dos hospitais regionais, por exemplo, cuja realidade é a ausência de recursos para atender todas as demandas.

Mapa 7 – Região de Saúde Cantão



Fonte: COUTINHO, 2018

Essa é uma das menores regiões em relação à população, cujos serviços da atenção básica também estão em ESFs, unidades de vigilância sanitária, unidade odontológica e academias de saúde; não possui nenhum equipamento de alta complexidade; e na atenção de média complexidade possui hospitais de pequeno porte e regional, SADT, CAPS, SAMU, policlínica, farmácia e clínica de especialidades odontológicas.

Mapa 8 – Região de Saúde Capim Dourado



Observa-se que nove entre os 14 municípios da região possuem apenas os serviços da atenção básica, outros dois municípios contam com hospitais regional e municipal de média complexidade, CAPS e unidades do SAMU, sendo que Palmas comporta a maior parte dos equipamentos de saúde da região nos três níveis de atenção. Nessa região há Unidades de Saúde indígena no município de Tocantínia e de saúde prisional em Palmas.

Assim como Araguaína, os dispositivos de saúde no município de Palmas que possuem abrangência regional também atendem de maneira macro as demandas de outras regiões do Estado e até mesmo de outras Unidades da Federação, principalmente em relação à atenção hospitalar de média e alta complexidade. O município também possui central de transplante, CEREST estadual, Clínica Especializada em Reabilitação, Hemocentro, Centro de Hemoterapia e Hematologia, além de clínicas especializadas e de outros equipamentos da atenção básica.

Mapa 9 – Região de Saúde Amor Perfeito



Nessa região, além dos dispositivos da atenção básica, a média complexidade comporta hospitais de pequeno porte, CAPS, clínicas de especialidades, hospital regional, SAMU, UPA, Farmácia e uma Unidade de Coleta e Transfusão.

Mapa 10 – Região de Saúde Ilha do Bananal



A região de saúde ilha do Bananal, ao sul do Estado, conta com Hospitais Municipais e de Pequeno Porte, CAPS e UPAs que compõe a atenção de média complexidade em 10 dos 18 municípios da região. O município de Gurupi que possui o maior índice populacional possui também Hospital Regional, Núcleo de Hemoterapia e Hematologia, Clínicas Especializadas e CAPS, os quais condensam a alta complexidade. Também possui Unidades de Saúde Indígena no município de Formoso do Araguaia, bem como Unidade de Saúde Prisional em Cariri.

Mapa 11 – Região de Saúde Sudeste



A região sudeste possui o maior índice de municípios com atenção de Média e Básica complexidade, 11 entre os 15 municípios, os quais possuem UPAs, Hospital Regional e Municipal, Centros de Saúde, CAPS, SADT, Clínicas de Especialidades e demais dispositivos da atenção básica. Localizada ao sul do Estado, as demandas de saúde que exigem atenção mais especializada podem ser referenciadas por Palmas e Gurupi que, embora haja um distanciamento geográfico, ainda são os municípios mais próximos.

A partir desse mapeamento, puderam-se observar os avanços da política de saúde no Estado mediante maior abrangência na oferta de serviços, que permitiu uma reconfiguração no desenho das regiões e ampliação dos estabelecimentos de saúde. Palmas e Araguaína continuam como referências, para demandas que exigem serviços mais especializados, para as quais as regiões não possuem capacidade resolutive.

As redes de atenção podem ser organizadas em arranjos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde, devem ser dispersos e os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de patologia clínica, equipamentos de imagem, entre outros, tendem a ser concentrados (WHO, 2000 *apud* GUERRA, 2015, p. 51)

A regionalização pressupõe atuação da política de saúde nos territórios, considerando as especificidades e a realidade de saúde da população e a articulação entre os municípios na oferta de serviços e na construção de uma rede de atenção, capaz de atender as necessidades de saúde dos munícipes. No entanto, tem sido necessária a conexão com outras regiões, inclusive podendo ultrapassar a delimitação geográfica entre os estados numa tentativa de superar a fragmentação e garantir a integralidade do atendimento. Essa necessidade de deslocamento, a nosso ver, aprofunda ainda mais essa fragmentação e dificulta o acesso.

Sem desconsiderar os avanços desse modelo de organização dos serviços no SUS, podem ser observadas algumas problemáticas. No Tocantins os serviços que estão mais próximos da população pertencem à atenção básica, totalmente gerida pelos municípios, enquanto a gestão do Estado concentra-se nos municípios com maior índice populacional, gerando um distanciamento espacial que dificulta o acesso, uma vez que, passa a exigir além da existência do estabelecimento de saúde, a disponibilidade de recursos para deslocamento dos indivíduos para outro município. Ocasionalmente, também, a fragmentação da atenção, e direciona um número de demandas maior que a capacidade de atendimento, principalmente para serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade.

De acordo com Santos (2018b, p. 2046) isso acontece porque as regiões não são capazes de atender as necessidades das pessoas do seu território e acabam referenciando, para outras regiões, as demandas que deveriam ser de cada uma. De acordo com o autor, o SUS ainda não conseguiu lograr qualidade na sua regionalização, principalmente porque as regiões são demarcadas mais pela proximidade que pela capacidade de atendimento às demandas.

Diante disso, coloca-se a necessidade de ampliação desses dispositivos que atendem a população nas microrregiões, tendo em vista que a regionalização deve garantir “que o cidadão de um município de pequeno porte possa ver satisfeita

a sua necessidade de saúde em rede articulada, regionalizada, contínua e delimitada em espaço regional [...]” (SANTOS, 2018b, p. 2047).

No Tocantins o êxito na regionalização está pendente de maiores investimentos para ampliação e manutenção de serviços de saúde nas regiões, com recursos para atendimentos especializados em nível de média e alta complexidade, capaz de alcançar e resolver as demandas dos municípios referenciados.

Sabe-se que entre todas as demandas de saúde, 80% podem ser atendidas na atenção básica, 15% necessita da atenção de média complexidade e apenas 5% são encaminhadas à alta complexidade. Embora a legislação estabeleça como requisito que os níveis de atenção possuam essa capacidade de atendimento para cada região, nem sempre a realidade dos serviços consegue alcançar esse objetivo. Observa-se, dessa forma, que, mediante o mapeamento dos serviços existentes, as regiões de saúde no Tocantins podem não contemplar as especificidades postas pela Resolução CIB nº 161/2012. Isso acontece porque o Estado cumpre as exigências mínimas de serviços que devem existir, isso não garante a resolutividade e a cobertura máxima das necessidades de saúde da população.

A realidade do Estado é que mais da metade dos municípios possuem apenas atenção básica e em grande parte dos municípios onde existe atenção de média complexidade essa se resume a um Hospital Regional ou Hospitais de Pequeno Porte, aos CAPS, que atendem demandas específicas de saúde mental e podem ser regionalizados, e às Unidades de Pronto Atendimento que atendem demandas locais, mas existem em poucos municípios.

Os hospitais de pequeno porte, que em número unitário são a maioria no país, é um exemplo de que a região de saúde e as referências nas redes não funcionaram, sustentadas apenas pelo desejo de superação dos vazios assistenciais que só serão superados pelas regiões de saúde, que devem atender 90% das necessidades de saúde de sua população [...] (SANTOS, 2018b, p. 2047).

De fato, a atenção à saúde nos municípios com menos de 20 mil habitantes (94% dos municípios no Estado) resume-se à atenção básica e alguns serviços de média complexidade, sendo que não possuem capacidade suficiente para resolver demandas que exijam maior especialização e tecnologia em recursos ambulatoriais ou hospitalares. De acordo com Guimarães e Giovanella (2004, p.

284), essa heterogeneidade do porte populacional reflete na capacidade dos municípios assumirem as responsabilidades impostas pela descentralização, cujas assimetrias na distribuição dos recursos, tornam mais desafiadora a efetivação do SUS nos municípios

Guerra (2015, p. 34) reconhece os avanços da descentralização para os municípios, tanto na ampliação da capacidade gestora, como na instalação dos conselhos nas três esferas de governo e consolidação dos órgãos colegiados (CIT e CIB). No entanto, a fragilidade das relações entre estados e municípios dificultou a definição das responsabilidades e a organização das redes assistenciais.

[...] Essa forma de descentralização tem a vantagem de colocar as responsabilidades pelas políticas públicas mais próximas aos cidadãos e de aumentar a oferta local desses serviços. Por outro lado, apresenta desvantagens inequívocas. Uma delas é determinada pela situação de forte constrangimento dos recursos públicos [...], ainda pode haver uma tendência à fragmentação de certos setores sociais, como os de serviços de atenção à saúde que exigem escala para operar com eficiência e qualidade (ARRETCHE, 1996 *apud* GUERRA, 2015, p. 35).

A descentralização permite uma melhor canalização dos recursos para as demandas sociais da população, implica a redistribuição dos encargos e dos meios para execução dos serviços. Portanto, a descentralização em si é insuficiente para concretização dos demais princípios do SUS. É necessário, também, o devido aporte financeiro, fortalecimento da capacidade gestora das esferas de governo e diminuição da fragmentação do sistema (GUERRA, 2015, p. 23-26).

[...] a distribuição dos recursos para a atenção que busca a regionalização das ações e dos serviços disponibilizados para todos os cidadãos precisa ser objeto de pactuação entre todos os entes federados em especial os municípios que compõem as regiões de saúde. Nelas é que grande parte das necessidades dos cidadãos deve ser atendida [...] (MENDES *ET AL*, 2015, p. 426)

O Estado tem logrado avanços na cobertura da atenção básica, no entanto, os outros níveis de atenção ainda são limitados, não sendo suficientes para garantia do acesso universal e integral, como preconiza a legislação. Um exemplo, é a delimitação do espaço geográfico, que, observando os mapas expostos anteriormente, é possível visualizar grandes distanciamentos entre os municípios e os serviços regionalizados existentes, principalmente quando apenas um dos municípios da região oferta esses serviços.

Nesses 30 anos podem ser ressaltados os avanços na construção do SUS, mas também muitos gargalos que reafirmam o que já foi discutido ao longo desse trabalho: a insuficiência do SUS abre espaço para o crescimento da iniciativa privada – a qual investe nos setores mais lucrativos, quais sejam os serviços especializados, que exigem maiores tecnologias, além de clínicas e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – e, por conseguinte, cresce a rejeição dos próprios usuários que são induzidos a pensar o serviço público como algo que não funciona e por isso deve ser privatizado.

A consolidação do SUS no Estado ainda não alcançou o que preconiza a legislação acerca dessa política. A regionalização trouxe, por um lado, uma ampliação na oferta dos serviços tendo em vista que, na década de 1990 até os anos 2000, estes se concentravam apenas nas macrorregiões, por outro lado, os dispositivos de saúde regionalizados não são capazes de atender todas as demandas existentes na região e continuam sendo macrorreferenciados. Isso acontece principalmente porque a existência do equipamento de saúde não garante a existência do serviço, nem a capacidade de atender toda a região.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação do SUS inaugura um novo modelo de atenção à saúde cuja gestão e operacionalização acontecem de forma descentralizada e regionalizada. A partir da aprovação da Lei Orgânica da Saúde, define as responsabilidades, para cada ente federativo, no que diz respeito à gestão, financiamento, execução e controle das ações e serviços.

A LOS estabelece a descentralização da política de saúde para os municípios, os quais assumem as atribuições de planejar, organizar, controlar, gerir e executar os serviços públicos de saúde. Para os estados, a Lei estabelece a responsabilidade de identificar estabelecimentos hospitalares de referência, para gerir os sistemas de alta complexidade e possuir abrangência estadual e regional.

A regionalização é uma importante estratégia para descentralização das ações e serviços de saúde desde a gestão até a execução e no Estado do Tocantins tem início em 2002, com a elaboração do PDR, desde então vem assumindo o compromisso de organização da rede de atenção a partir da capacidade dos municípios e fortalecimento dos mesmos, para que de forma regionalizada sejam capazes de atender as demandas de saúde da população, tendo como direcionamento o princípio da universalidade e da integralidade do atendimento.

Pesquisar a configuração das regiões, os equipamentos de saúde existentes e a distribuição regional dos serviços não é suficiente para compreender a consolidação do SUS no Estado, para isso seria necessária uma análise que considerasse a distribuição e a existência dos recursos financeiros, materiais e humanos, o perfil das demandas, a capacidade de atendimento desses serviços, entre outros elementos.

No entanto, esse estudo delimitou-se ao debate das regiões de saúde como uma estratégia para consolidação do SUS – mediante a descentralização e definição de responsabilidades para cada esfera de governo, no que diz respeito à gestão, financiamento e execução das ações e serviços – a partir do qual foi possível compreender a trajetória da política de saúde no Estado, a configuração dessas regiões, o mapeamento dos dispositivos de saúde, a dimensão e localização territorial e a capacidade das regiões e dos municípios na prestação da assistência à saúde.

No Tocantins pôde-se observar os avanços obtidos a partir da regionalização dos serviços desde o ano de 2002: ampliação da atenção básica e fortalecimento dos municípios enquanto gestores, fomento da atenção de média complexidade em municípios estratégicos para atender as demandas das regiões, ampliação dos serviços de atenção psicossocial e de urgência e emergência e consequente ampliação do acesso da população aos serviços. Conseguindo, dessa forma, alcançar muitas das propostas existentes nos Planos Estaduais de Saúde.

Em âmbito municipal, os Programas de Saúde da família e as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas abrangem todos os municípios do Estado. A gestão municipal, ainda, alcança outros dispositivos da atenção básica a alguns serviços de média complexidade, como no caso das Unidades de Pronto Atendimento e hospitais de pequeno porte. Por sua vez, o Estado gerencia os serviços especializados em âmbito ambulatorial e hospitalar, concentrados em municípios estratégicos, os quais possuem os maiores índices populacionais.

Dessa forma, as regiões de saúde convivem com o ir e vir dos indivíduos a fim de suprir suas demandas de saúde na direção da atenção integral. Diante disso, destaca-se a necessidade constante de maiores investimentos nos serviços de saúde a fim de fortalecer a capacidade resolutiva para as necessidades de saúde nas regiões e nos territórios e de diminuir as distâncias entre os serviços de saúde e a população usuária.

O Tocantins reflete a realidade nacional marcada pela dualidade entre público e privado. No decorrer da pesquisa foi possível observar a existência dos serviços de saúde privados predominantes nas áreas de: saúde bucal, SADT, clínicas e hospitais de diferentes especialidades, hospitais de média e alta complexidade. Estas instituições empresariais também concentram-se nos municípios de maior número populacional. Dessa forma, não há cobertura de saúde privada em locais cuja saúde pública está ausente. Ao contrário, essa modalidade de atenção à saúde, está presente onde os serviços do SUS existem mais são insuficientes. Contrariando o discurso legal da saúde suplementar e fortalecendo a competitividade.

Portanto, os recursos não suficientes para atender as demandas da população transformam os serviços de saúde em nichos de mercado e, para aquelas áreas menos rentáveis, há uma crescente responsabilização da sociedade civil.

Em relação às organizações sociais sem fins lucrativos no Estado, estas também se concentram nos municípios de maior porte e ofertam serviços especializados. Um exemplo é a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais que atendem pessoas com deficiência. Diferente das empresas privadas, as organizações sociais tendem a realizar atendimentos que não existem nos serviços públicos estatais, dessa forma refletem a transferência de responsabilidades do Estado para o terceiro setor.

Por conseguinte, prevalece o antagonismo entre a possibilidade de um sistema de saúde universal com perspectiva de ampliação da cidadania e a necessidade de obtenção de lucros, para a qual o setor de saúde é altamente rentável. Em suas atribuições, o Estado burguês, coloca-se a favor do capital e traz à tona um sistema inacabado, com investimentos insuficientes, focalizado e excludente.

O retrato da política de saúde no Brasil revela a (intencional) fragilidade do Estado na efetivação das políticas sociais. As instituições, ações e estratégias existentes, adotadas pelo SUS para atender as demandas de saúde da população, são parte de um projeto muito maior que, como pontua Elias (2004, p. 44), “poderia ser a mais ambiciosa e abrangente política pública formulada no país”.

O SUS, desafiando racionalidades, vem se mantendo como um projeto que busca avançar na construção de um sistema universal de saúde na periferia do capitalismo, num país continental populoso e marcado por enorme desigualdade social, caso raro ou talvez único entre as nações. No entanto, as possibilidades para a saúde no futuro mais imediato encontram-se inexoravelmente atreladas ao êxito do Estado na formulação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da exclusão social, de longe a maior mazela brasileira. Isso envolve a reformulação do padrão histórico de compromissos do Estado brasileiro com os interesses do capital, no momento atual implicando a discussão política mais ampla para o encaminhamento das formulações possíveis na área econômica em detrimento do tratamento essencialmente tecnicista vigente nas esferas governamentais. (ELIAS, 2004, p. 46).

É necessária a retomada do projeto original do SUS para ampliar o debate da universalização e fortalecer a concepção de saúde como bem-estar ligado às dimensões econômicas, sociais e políticas, cuja intervenção deve permanecer e se reestruturar como responsabilidade do Estado.

As lutas dos movimentos sociais organizados nas últimas décadas do século passado provocou a ruptura com o modelo previdenciário da saúde e resultou na construção do SUS. Hoje as bandeiras de luta são para defesa dessa política

pública, por meio da retomada das capacidades do Estado em materializar o SUS, construir formas para desmercantilização da saúde e reconhecer a importância da saúde da população acima da necessidade de acumulação capitalista.

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. **Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil**. Volume I. Grupo Banco Mundial. 2017

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social no capitalismo tardio**. 6 ed. São Paulo. Cortez, 2015.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 6 ed. São Paulo. Cortez, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo. Cortez, 2016.

BRASIL. **Portaria nº 373, de 27 de Fevereiro de 2002**. Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. Brasil, 2002. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html> Acesso em: 14/01/2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Com alterações determinadas pela Emenda Constitucional nº 97 de 2017. Senado Federal, Brasília. 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 22/11/2018.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Com alterações determinadas pela Lei nº 13.097 de 2015 e pela Lei nº 13.427 de 2017. Presidência da República. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 22/11/2018.

_____. **Decreto nº 1.651 de 28 de setembro de 1995**. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Presidência da República. Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1651.htm> Acesso em: 25/11/2018.

_____. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf> Acesso em: 15/11/2018.

_____. **Lei nº 8.142 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Presidência da República. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 10/11/2018.

_____. **Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080/1990. Presidência da República. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso em: 27/11/2018.

_____. **71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência.** Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia> Acesso em: 03/12/2018.

_____. **SUS: a saúde do Brasil.** Ministério da Saúde. Editora do Ministério da Saúde. Brasília. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf> Acesso em: 13/11/2018.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 3 ed. São Paulo. Cortez, 2010.

_____, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas e prática profissional.** Papel Social. Capinas-SP, 2013. p. 19-48.

_____, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n109/a08n109.pdf>>. Acesso em: 20/07/2018

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados.** v. 27 (78), 2013, p. 7-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>> Acesso em: 19/11/2018.

CISLAGHI, Juliana Fiúza et al. O financiamento do SUS: principais dilemas. **Anais do I circuito de Debates Acadêmicos.** IPEA, 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>> Acesso em: 14/11/2018.

CNES. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Consulta estabelecimento. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>> Acesso em: 08/10/2018.

CNS. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>> Acesso em: 14/11/2018.

CNS. **Os efeitos da PEC 55 na saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/11/161107-os-efeitos-da-PEC-na-S%C3%Bade_SenadoCDH_CNS_final.pdf> Acesso em: 23/03/2017.

CONASS. **A gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>> Acesso em: 15/11/2018.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social na saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. Cortez, São Paulo-SP. 2016. p. 111-139.

_____, Maria Valéria Costa. **A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o banco mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira**. Temporalis, Brasília, v. 13, p. 11-38, 2007. Disponível em: <<http://files.adrianonascimento.webnode.com>> Acesso em: 08/07/2018.

COSEMS. **Mapa: Regiões de saúde do Tocantins**. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Tocantins. 2016. Disponível em: <<http://cosemsto.org.br/Mapa>> Acesso em: 10/12/2018.

DUARTE, Ligia Schiavon. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**. v. 24, nº 2. São Paulo, 2015. p. 472-485. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00472.pdf>> Acesso em: 27/11/2018.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **Revista São Paulo em Perspectiva**. Vol. 18, 2004. p. 41-46. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24777.pdf>> Acesso em: 17/02/2019.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Metodologia e ideologia do trabalho social**. 11. Ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

_____, Vicente de Paula. **A política social do estado capitalista**. 8 ed. rev. São paulo. Cortez, 2000.

FERLA, Alcindo Antônio. **Organização e funcionamento de sistema de saúde e história da saúde no Brasil**. 2010. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/jaimeefreitas/organizacao-e-funcionamento-de-sistemas-de-sade-e-histria-da-sade-no-brasil-dr-alcindo>> Acesso em: 29/11/2018.

FLEURY, Sônia. A montagem do padrão de seguridade social na America Latina: cooptação e regulação. In: **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 252 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jm5wd/pdf/fleury-9788575412428-07.pdf>> Acesso em: 03/07/2018.

GOYA, Neusa. **Regionalização da saúde: cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão em saúde**. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Programa de pós-graduação em saúde coletiva. Fortaleza-CE, 2017.

GUERRA, Daniele Marie. **Descentralização e regionalização da assistência à saúde no Estado de São Paulo: uma análise do índice da dependência**. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-16112015-112549/publico/DanieleMarieGuerra_revisada.pdf> Acesso em: 15/10/2018.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**. 21(4), Rio de Janeiro-RJ, 2005. p. 1017-1025. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/04.pdf>> Acesso em: 09/02/2019.

GUIMARÃES, luisa. GIOVANELLA, Lúgia. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Revista Pan Americana de Saúde Pública** . Nº 16(4). 2004. p. 283-288

LIMA, Luciana Dias de et al. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 34. e001171. 2018. p. 1-2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e001171118.pdf>> Acesso em: 03/12/2018.

MATOS, Maurílio Castro de. No rastro dos acontecimentos: política de saúde no Brasil. In: DUARTE, Marco José de Oliveira et al (org.). **Política de saúde hoje: Interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais**. 1ed. Campinas-SP. Papel Social, 2014. p. 22-46.

MENDES, Áquilas. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde e Sociedade**. V. 24, n 02. São Paulo, 2015. p. 423-437. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00423.pdf>> Acesso em: 10/02/2019.

MENICUCCI, Telma Maria Gonsalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2007.

MONTAÑO, Carlos Eduardo. O projeto neoliberal da resposta à questão social e a funcionalidade do terceiro setor. **Revista Lutas Sociais**, nº 8. São Paulo, 2002, p. 53-64. Disponível em: <http://www4.pucsp.br/neils/downloads/v8_carlos_montano.pdf> Acesso em 15/03/2019.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de *et al.* Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 34 (1), 2018. p. 1-13.

MS. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde de 2006. Ministério da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> Acesso em: 10/11/2018.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método em Marx. 1. Ed. São Paulo: Expressão popular, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Revista História, Ciências e Saúde**. v. 21, nº 1, 2014. p. 15-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>> Acesso em: 19/11/2018.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. A reafirmação da democracia e do direito universal à saúde em tempos de ultraneoliberalismo. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 23. n 6. Rio de Janeiro, 2018. p. 1-2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601717&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 10/12/2018.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018a, vol.23, n.6, pp.1729-1736. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1729.pdf>> Acesso em: 20/12/2018.

SANTOS, Lenir. SUS-30 anos: um balanço incômodo?. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018b, vol.23, n.6, pp.2043-2050. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2043.pdf>> Acesso em: 13/12/2018.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 17, p. 547-576.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho de et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1737-1750. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1737.pdf>> Acesso em: 10/12/2018.

TOCANTINS. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Planejamento do SUS. – Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2015. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/330945/>> Acesso em: 22/10/2018.

_____. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Secretaria de Estado da Saúde, Diretoria Geral de Gestão e Acompanhamento Estratégico. – Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2012. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/241754/>> Acesso em: 22/10/2018.

_____. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Secretaria de Estado da Saúde, Diretoria de Gestão do Planejamento e Descentralização da Saúde. – Palmas: Secretaria de Estado da Saúde, 2007. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/241753/>> Acesso em: 22/10/2018.

_____. **Plano Estadual de Saúde: 2004 – 2007**. Secretaria de Estado da Saúde. Palmas, 2004. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/241751/>> Acesso em: 22/10/2018.

_____. **I Seminário Estadual de Regionalização da Saúde no Tocantins**. 2005. Disponível em: <<https://slideplayer.com.br/slide/357074/>> Acesso em: 15/12/2018.

_____. **Resolução CIB nº 161 de agosto de 2012.** Dispõe sobre a conformação das novas regiões de saúde do Estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite/ CIB-TO. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/13/4.k%20-%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20TO%20-%20CIB_N%C2%BA%20161%202012.pdf> Acesso em: 10/12/2018.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1751-1762. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1751.pdf>> Acesso em: 13/11/2018.