
O processo de regionalização do SUS Tocantins: desafios e perspectivas

*The regionalization process of SUS Tocantins:
challenges and perspectives*

Dalsiza Cláudia Macedo Coutinho¹

Rosemeire dos Santos²

RESUMO

Este trabalho expõe um estudo sobre o processo de regionalização do SUS no Tocantins, com o objetivo de conhecer a implementação do SUS no estado, mediante a regionalização das ações e dos serviços de saúde. Para isso, foi realizada uma pesquisa documental no banco de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e nos Planos Estaduais de Saúde elaborados entre 2002 e 2016. Dessa forma, foram pesquisados 858 estabelecimentos do SUS nas oito Regiões de Saúde existentes no estado e 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 implementação da política de saúde pública no Tocantins.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde, SUS, Regionalização, Regiões de Saúde.

¹ Assistente social na Universidade Federal do Tocantins (UFT), lotada no Setor de Estágio e Assistência Estudantil (DIEST) no Campus de Gurupi. Mestre em Serviço Social pela UFT. Doutoranda em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas Proteção Social e Famílias – GEPPSFAM/UFT. Telefone:+55 (64) 98438-4845. E-mail: dalsiza.coutinho@gmail.com.

² Assistente social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professora Adjunta I no Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins (UFT) Campus de Miracema. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas Proteção Social e Famílias – GEPPSFAM e membro da Rede de Estudos e Pesquisas em Famílias e Política Social – REFEPS. E-mail: rosemeire_santos@mail.uft.edu.br.

ABSTRACT

This paper presents a study on the SUS regionalization process in Tocantins, with the objective of knowing the implementation of SUS in the state, through the regionalization of health actions and services. For this, documentary research was carried out in the database of the National Register of Health Establishments (CNES) and in the State Health Plans prepared between 2002 and 2016. Thus, 858 SUS establishments were researched, in the eight existing Health Regions in the country. State and it was possible to know the organization process and the configuration of these Regions, map the public health services existing in the territories, as well as discuss the implementation of public health policy in Tocantins.

KEYWORDS: Health Policy, SUS, Regionalization, Health Regions.

INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivos refletir sobre a construção SUS no estado do Tocantins, conhecer como estão organizadas as Regiões de Saúde, mapear os serviços existentes e discutir o acesso da população usuária mediante a atual configuração das regiões.

O Tocantins foi criado em 1988 após o movimento de separação do estado de Goiás, processo que contou com a mobilização popular em defesa da autonomia política do norte goiano, e atualmente possui 139 municípios e uma população estimada de 1.511.459 habitantes de acordo o último Censo realizado pelo IBGE. De acordo com os dados de 2022 do IBGE, o estado registrou uma taxa de desemprego de 14,2% e reflete a realidade nacional de que o desemprego afeta em maior número as mulheres, principalmente as mulheres negras. Em relação às pessoas ocupadas, o rendimento mensal *per capita* ficou em média R\$ 1.379,00. O Censo ainda registrou taxa de analfabetismo de 7,2% para pessoas acima de 15 anos, o qual atinge principalmente a população negra e os idosos.

Em relação à saúde, pode-se destacar, a partir dos dados da Pesquisa Nacional da Saúde, realizada pelo IBGE em 2020, que a grande maioria da população no estado depende dos serviços do SUS, apenas 13,1% possuem acesso a planos de saúde privados. Na Atenção Básica, 88,5% das famílias tocantinenses possuíam cadastro nas Unidades Básicas de Saúde. Entre as pessoas com deficiência, 60,1% declararam ter acesso ao SUS para algum tratamento de reabilitação; entre as pessoas idosas 73,7% tiveram acesso a vacinas e 64,8%, a medicamentos.

Embora breves, esses dados evidenciam a importância da política de saúde pública para a população tocantinense, em que mais de 80% da população não têm acesso a planos privados. O desemprego e o baixo rendimento também são fatores que implicam a dificuldade de acesso a serviços privados de saúde e que colocam a necessidade de fortalecimento da saúde pública.

Quando o Tocantins foi criado em 1988, havia uma rede deficitária, insuficiente para atender às demandas da população, com um alto percentual de encaminhamento para outros estados, e os esforços na direção de materialização do SUS têm início principalmente pela Atenção Básica (TOCANTINS, 2005).

A criação do SUS, em 1988, inaugura um novo modelo de atenção à saúde cuja gestão e operacionalização acontecem de forma descentralizada e regionalizada. Em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), que define as responsabilidades para cada ente federativo no que diz respeito à gestão, ao financiamento, à execução e ao controle das ações e dos serviços e que 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, esta lei estabelece a responsabilidade de identificar estabelecimentos hospitalares de referência para gerir os Sistemas de Alta Complexidade que devem possuir abrangência estadual e regional.

É importante destacar também que este processo de construção do SUS não foi isento de lutas. Em âmbito nacional, a classe trabalhadora protagonizou a luta pela Reforma Sanitária, cuja proposta enfatizou a universalização dos serviços de saúde, a participação da população, a ampliação do acesso e a qualidade da atenção. 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).

Foi um marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual se discutiu a importância do setor de saúde como responsabilidade do estado, componente do seu sistema de proteção social, e que 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 de uma política de saúde que assegurasse a universalização do direito (PAIM, 2008).

Resultaram desse momento proposições referentes à reformulação da política de saúde no Brasil com a criação do SUS, entre elas: 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).

Mediante essa organização do SUS, a regionalização é uma importante estratégia para descentralização das ações e dos serviços de saúde desde a gestão até a execução e, no estado do Tocantins, ela teve início em 2002 com a elaboração do Plano Diretor da Regionalização, desde então o estado vem assumindo o compromisso de organização da Rede de Atenção a partir da capacidade dos municípios e do fortalecimento deles, para que, de forma regionalizada, eles sejam capazes de atender às demandas de saúde da população, tendo como direcionamento o princípio da universalidade, da equidade e da integralidade do atendimento.

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 da sociedade e o controle social.

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, apresentam-se os seguintes questionamentos sobre o processo de construção do SUS no Tocantins: como foram organizadas as Regiões de Saúde no estado? Quais os 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? O período considerado nesta análise foi do ano de 2002 a 2018.

Perseguindo esses questionamentos, foi realizado o mapeamento das Regiões de Saúde, a fim de conhecer a abrangência e a capacidade de cobertura dos serviços disponíveis à população, os limites e as 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 do SUS.

A ESTRATÉGIA DE REGIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

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).

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 certas funções: 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 os serviços do SUS (GUERRA, 2015, p. 66).

Duarte et al (2015, p. 476) compreendem a descentralização como estratégia de democratização e incorporação de novos atores que ganhou força atrelada à municipalização. Entretanto ressaltam 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, o que dificultou a transformação desse espaço em um legítimo condutor da política de saúde.

Mesmo com esses impasses, destacam-se alguns 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).

Nessa direção, a descentralização política administrativa preza a 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. Assim, a regionalização é compreendida como elementar para universalidade e integralidade do atendimento (GUERRA, 2015).

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) dividem 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 e, 2) a divisão territorial com a criação de Regiões de Saúde de acordo com as características que cada município apresenta.

Esse processo está elencado no Decreto 7.508/2011, cujo artigo 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 Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB): cada região deve possuir, no mínimo, as ações e os 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 de 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).

Também são definidas as diretrizes para a organização das Regiões de Saúde: avaliar o funcionamento das atuais Regiões; 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 e criar a Comissão Intergestores Regionais (CIR) como foro de negociação e pactuação composta por todos os municípios da Região de Saúde (CONASS, 2015, p. 28, 29).

Visando ao fortalecimento da regionalização, o Pacto pela Saúde, Portaria nº 399/2006, 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 a regionalização em todo o território nacional 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.

O DESENHO DA REGIONALIZAÇÃO DO SUS NO TOCANTINS

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 dos Planos Estaduais de Saúde, é possível afirmar que o estado vem desde 1995 construindo a regionalização por meio de duas macrorregiões, cuja organização do modelo assistencial se pautou 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).

O Ministério da Saúde ressalta que os estados podem adotar modelos diferentes de regionalização, ao passo que as Unidades da Federação se encontram em momentos diferentes no que diz respeito à regionalização e à descentralização. Sendo assim, ele considera essencial a elaboração de diretrizes e de objetivos que possam delinear os caminhos a serem seguidos nesse processo de acordo com a realidade sanitária (BRASIL, 2001).

Uma vez identificada a realidade do SUS no estado, a partir de 2004 o Plano Estadual de Saúde traz como princípios norteadores o fortalecimento da gestão do SUS, a 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 dos serviços de saúde (TOCANTINS, 2004).

De acordo com o desenho da regionalização em 2004, o Tocantins foi dividido em 02 macrorregiões, 6 microrregiões e 20 módulos assistenciais:

[...] As duas sedes de macrorregião 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 [...]. Esses polos nortearam a definição das sedes de módulo (TOCANTINS, 2008, p. 107).

Em 2007 altera-se a regionalização, uma vez que o estado adere ao Pacto pela Saúde e passa a ser dividido em 15 regiões e, em 2012, é aprovada a nova regionalização com oito regiões, por meio da Resolução CIB nº 161/2012, a qual também determina os serviços mínimos a serem ofertados.

O artigo 1º da Resolução CIB nº 161/2012 estabelece os serviços que devem existir em 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 de Alta Complexidade e, assim, a regionalização se estruturou em torno de oito municípios com o intuito de diminuir as distâncias entre a população e os serviços e garantir o acesso em tempo oportuno. A composição das Regiões ficou estabelecida da seguinte maneira:

Quadro 1 – Composição das Regiões de Saúde

Região de Saúde	Nº de 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: 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 de prevenção, aprimoramento da gestão participativa, promoção da educação permanente, prestação de apoio aos municípios nos processos de trabalho na atenção primária e ampliação do acesso da população aos medicamentos (TOCANTINS, 2016).

Os planos estaduais de saúde trazem um panorama sobre a situação de saúde da população e a partir disso os objetivos e as diretrizes para melhor atender às demandas existentes, tanto utilizando os serviços já criados quanto propondo novos serviços que se fazem necessários na rede. Para conhecer de que forma esse planejamento tem ganhado materialidade, no próximo tópico se mapearam os serviços existentes nessas regiões, a fim de discutir a cobertura dos serviços e a potencialidade de alcance dos objetivos assumidos pela gestão.

A MATERIALIZAÇÃO DO SUS NO TOCANTINS A PARTIR DA REGIONALIZAÇÃO

O levantamento realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2018, identificou as unidades de saúde existentes nos municípios tocantinenses para então discutir a concretização da Política de Saúde no estado por meio da regionalização.

No total foram pesquisados 858 estabelecimentos de saúde, tanto de gestão estadual quanto municipal, nos três níveis de complexidade. Observa-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 em 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 que 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, os quais resolvem 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).

Quadro 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 ³	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
Teles Saúde	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.

³ 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 Comunitários de Saúde.

Sobre os níveis de atenção, 53% dos municípios possuem apenas Atenção Básica (Vigilância Sanitária, Academia de Saúde e Unidades Básicas de Saúde), 43% dos municípios contam com os Serviços de 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.

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, Academias de Saúde. No entanto, para 53% dos municípios esses são os únicos serviços de saúde que existem na Rede Pública.

Os serviços estão 94% sendo realizados na rede ambulatorial, 6% na rede hospitalar e ambulatorial e apenas 0,3% é classificado 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, o qual conta com profissionais de diferentes especialidades e diversos recursos de SADT. A Atenção Hospitalar atende à necessidade de permanência do usuário no serviço de saúde. Os serviços de natureza ambulatorial-hospitalar estão nos municípios de maior densidade populacional, em hospitais regionais e municipais.

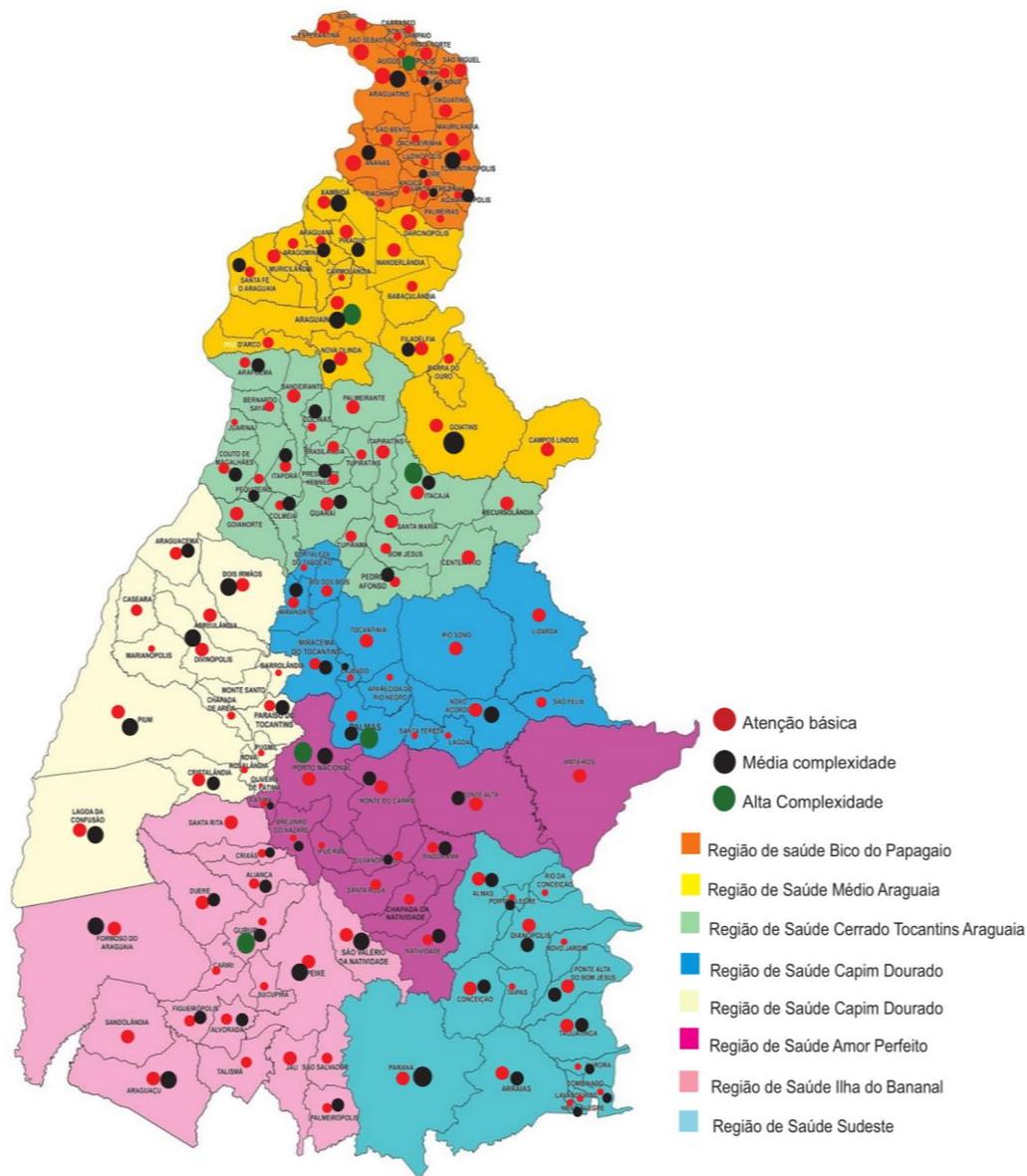
Em relação à gestão dos serviços, a predominância da administração municipal mostra o reflexo da descentralização de responsabilidades para os municípios, em que o estado fica apenas na gestão de serviços de Média e Alta Complexidade e os municípios assumiram totalmente a gestão da Atenção Básica.

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.

Feitas essas considerações sobre a gestão dos serviços de saúde no estado, segue a forma como esses dispositivos estão presentes em cada Região de Saúde. A partir desse

mapeamento, pôde-se observar os avanços da política de saúde no estado mediante maior abrangência na oferta de serviços, o que permitiu uma reconfiguração no desenho das regiões e uma ampliação dos estabelecimentos de saúde.

Figura 1 – Níveis de complexidade do SUS nas Regiões de Saúde



Fonte: COUTINHO, 2018

A Atenção Básica consegue grande abrangência territorial e êxito em relação à cobertura de todos os municípios do estado. A Atenção de Média Complexidade possui

uma maior abrangência nas regiões por meio de hospitais de pequeno porte, Centros de Atenção Psicossocial e serviços laboratoriais e de diagnóstico por imagem. No entanto, os hospitais regionais que contam com maior capacidade de atendimento e que concentram os serviços mais especializados da Atenção de Média e Alta Complexidade localizam-se nos municípios de maior porte populacional, o que evidencia os distanciamentos entre o serviço de saúde e a população usuária dos municípios de menor porte.

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 se concentra 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 o deslocamento dos indivíduos para outro município. Ocasiona, 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, como é o caso de Palmas e de Araguaína, que continuam como referências para demandas que exigem serviços mais especializados, para as quais as Regiões não possuem capacidade resolutive.

De acordo com Santos (2018, p. 2046), isso acontece porque as Regiões não são capazes de atender às 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 à 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, 2018, 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, capazes de alcançar e resolver as demandas dos municípios referenciados.

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 a hospitais de pequeno porte, aos CAPS, que atendem a demandas específicas de Saúde Mental e que podem ser regionalizados, e às Unidades de Pronto Atendimento que atendem a demandas locais, mas existem em poucos municípios.

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 a alguns serviços de Média Complexidade, não possuindo 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 de os 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 e 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, o fortalecimento da capacidade gestora das esferas de governo e a 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 do Tocantins tem logrado avanços na cobertura da Atenção Básica, no entanto os outros níveis de atenção ainda são limitados, não sendo suficientes para a garantia do acesso universal e integral conforme preconiza a legislação. Um exemplo disso é a delimitação do espaço geográfico. Observando o mapa exposto 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.

A pesquisa realizada para construção deste artigo teve como foco entender como estão estruturadas as Regiões de Saúde, os dados, até então, não permitem uma análise mais detalhada acerca do funcionamento desses serviços no Estado. Entretanto, cabe ainda observar algumas questões em articulação com a realidade nacional. Pensar o SUS e as questões relacionadas à regionalização e à municipalização dos serviços implica refletir sobre as contrarreformas e o cenário de desfinanciamento e subfinanciamento da Política de Saúde Pública no Brasil, o que também reflete nas realidades regionais e municipais.

Um elemento a ser discutido no debate da municipalização é o processo que o SUS tem vivenciado de crescimento da responsabilidade dos municípios pela alocação de recursos para a saúde. A alocação de recursos para as ações e os serviços de saúde é prevista em 15% para os municípios e em 12% para o estado do total de suas respectivas receitas. No entanto, os municípios têm assumido os maiores esforços de financiamento,

em média 27% dos seus orçamentos estão sendo aplicados na saúde, bem acima dos 15% obrigatórios (CISLAGHI, 2021).

Outro ponto é que estados e municípios sofrem os impactos do subfinanciamento e do desfinanciamento históricos agravados principalmente pela aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que estabeleceu o teto por 20 anos a partir de 2016. O congelamento de gastos em nível federal tem impactos sobre a alocação de recursos para estados e municípios. Cislighi (2021) aponta que em 2017 o orçamento da saúde foi reduzido em 7% e a perda de recursos federais nos 20 anos de congelamento seria de pelo menos R\$ 654 bilhões, podendo alcançar R\$ 1 trilhão.

Agora com a aprovação do Novo Arcabouço fiscal em 2023, que põe fim ao teto de gastos, delimita-se o teto e o piso para as despesas primárias e se apresenta como mais flexível que o teto de gastos, mas não rompe com a lógica do desfinanciamento nem com a lógica dos gastos sociais subordinados ao mercado.

Também não se pode deixar de analisar a relação público-privada que tem pautado a construção do SUS em todo o Brasil e no Tocantins não foi diferente. Constata-se que a expansão do SUS no estado, tanto da rede ambulatorial quanto hospitalar, teve como um de seus eixos o gerenciamento de hospitais de Média e Alta Complexidade por entidades filantrópicas, bem como a transferência da gerência de unidades estaduais para entidades comunitárias e filantrópicas (TOCANTINS, 2005).

Esses novos modelos de gestão, por meio das parcerias público-privadas, têm avançado no país e se caracterizam como privatizações não clássicas por meio de organizações sociais, fundações públicas de direito privado e empresas públicas, que passam a assumir a gestão dos serviços de saúde, que se apropriam do fundo público e que transformam esta parceria público-privada em uma parceria sob o comando do setor privado. E o que antes era mais abrangente nos serviços de Média e Alta complexidade alcança também a Atenção Primária a partir de 2019 (CISLAGHI, 2021).

Outro aspecto em relação ao financiamento, que tem refletido diretamente na realidade municipal e na Atenção Básica, é o novo modelo de gestão que tem sido implementado a partir do governo de 2019 com o Programa Previne Brasil, que desconstrói

os princípios de universalidade e de integralidade e que pauta a Atenção Primária prioritariamente na população mais vulnerável economicamente, em que o financiamento é realizado de acordo com o número de cadastros e as ações se desenvolvem de forma focalizada, assistencialista e individualizada.

Em um estado em que mais de 80% da população depende dos serviços do SUS, em que a Atenção Básica representa 79% dos serviços de saúde, em que mais de 50% dos municípios possuem apenas os serviços da Atenção Básica e com famílias que possuem uma renda média per capita de pouco mais de um salário-mínimo, esses retrocessos vivenciados a partir de 2019 vão resultar diretamente na desproteção em saúde das famílias tocantinenses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisar a configuração das Regiões, os equipamentos de saúde existentes e a distribuição regional dos serviços não é suficiente para compreender, em toda sua abrangência, 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 este estudo se enfatizou o debate das Regiões de Saúde como uma estratégia para consolidação do SUS – mediante a descentralização e a definição de responsabilidades para cada esfera de governo, no que diz respeito à gestão, ao financiamento e à execução das ações e dos 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 a 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 às 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.

Diante da realidade do SUS no estado, destaca-se a necessidade constante de maiores investimentos nos serviços de saúde a fim de fortalecer a capacidade resolutive para as necessidades de saúde nas Regiões e nos territórios e de diminuir as distâncias entre os serviços de saúde e a população usuária.

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, esses se concentravam apenas nas macrorregiões, por outro lado os dispositivos de saúde regionalizados não são capazes de atender a todas as demandas existentes na Região e continuam sendo macro referenciados. Isso acontece, principalmente, porque a existência do equipamento de saúde não garante a existência do serviço nem a capacidade de atender toda a Região.

Considerando a atual conjuntura, novos desafios são postos mediante o avanço do neoliberalismo: as parcerias público-privadas que ganham mais abrangências e se apropriam de fatias cada vez maiores do fundo público, a limitação drástica dos gastos em saúde nos últimos 5 anos, as mudanças na política nacional de Atenção Básica, essas são algumas das questões que limitam a ampliação das ações e dos serviços de saúde e que abrem caminho para um SUS cada vez mais distante de seus princípios.

Recebido em fevereiro de 2020 – Aprovado em outubro de 2023

REFERÊNCIAS

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.

BRASIL. **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.

BRASIL. **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.

BRASIL. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao_assist_saude.pdf Acesso em: 15/11/2018.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Financiamento e privatização da saúde no Brasil em tempos neoliberais. **Revista Humanidades e Inovação** v.8, n.35, 2021. p. 16-24 Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5338> Acesso em: 12/10/2023.

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.

DUARTE, Ligia Schiavon *et al.* 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.

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, luisa. GIOVANELLA, Lígia. 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

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.

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

SANTOS, Lenir. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciência e saúde coletiva** [online]. 2018, 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.

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.

TOCANTINS. **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.

TOCANTINS. **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.

TOCANTINS. **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.

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