

GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA SAÚDE

**DESCENTRALIZAÇÃO  
DA SAÚDE NO  
ESTADO DO TOCANTINS:  
UM RECORTE HISTÓRICO**

PALMAS – TO



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA SAÚDE

**DESCENTRALIZAÇÃO  
DA SAÚDE NO  
ESTADO DO TOCANTINS:  
UM RECORTE HISTÓRICO**

## Palmas – TO

© 2015 GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da SESAU – TO e áreas técnicas.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 200 exemplares

### **Elaboração, edição, distribuição e informações.**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS

Gabinete do Secretário

Esplanada das Secretarias

Edifício Sede – Praça dos Girassóis

CEP: 77001-900, Palmas – TO

Tel:(63) 3218 -1737

Fax: (63) 3218 – 3265

E-mail: [planejamento.saude.to@gmail.com](mailto:planejamento.saude.to@gmail.com)

Home Page: <http://www.saude.to.gov.br>

### **Organização/Coordenação/Elaboração:**

Superintendência de Planejamento do SUS

Luiza Regina Dias Noletto

Maria Luiza Salazar Freire

Soraia Roges Jordy Sant’Ana

### **Capa, Projeto Gráfico, Editoração e Diagramação:**

Maria Luiza Salazar Freire

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

### Ficha Catalográfica

---

Tocantins. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Superintendência de Planejamento do SUS.

DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO TOCANTINS: Um recorte histórico/ Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Planejamento do SUS. Palmas-TO: Secretaria de Estado da Saúde Tocantins, 2015.

36p.

ISBN

1. Descentralização 2. Regionalização 3. Municipalização. I. título. II. Série

CDU

---

Títulos para indexação:

Em Inglês: HEALTH IN DECENTRALIZATION TOCANTINS STATUS: A historical view.

Em espanhol: SALUD EN DESCENTRALIZACIÓN TOCANTINS ESTADO: Una visión histórica.

**GOVERNADOR DO ESTADO DO TOCANTINS**

***Marcelo de Carvalho Miranda***

**SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE**

***Samuel Braga Bonilha***

**SUBSECRETÁRIADA SAÚDE**

***Maria Auri Gonçalves Sousa***

**SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO DO SUS**

***Luiza Regina Dias Noletto***



## SUMÁRIO

1.	ASPECTOS CONCEITUAIS DO SUS	01
2.	DESCENTRALIZAÇÃO NO BRASIL: RECORTE HISTÓRICO	04
	2.1 O PROCESSO DA DESCENTRALIZAÇÃO NO BRASIL:	05
	2.2 CICLOS DA DESCENTRALIZAÇÃO NO BRASIL:	06
	2.3 RESPONSABILIDADES DOS GESTORES DO SUS E AS FUNÇÕES DA GESTÃO NA SAÚDE BRASILEIRA:	15
3.	DESCENTRALIZAÇÃO NO TOCANTINS: RECORTE HISTÓRICO	19
	CONCLUSÃO:	26
	BIBLIOGRAFIA:	29







## 1. ASPECTOS CONCEITUAIS DO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e tem na descentralização da gestão uma de suas diretrizes mais importantes. A construção do processo de descentralização no SUS teve início a partir das definições constitucionais, passando pelas diversas iniciativas de normatização efetivadas. A implantação do SUS não é facultativa e as respectivas responsabilidades de seus gestores – federal, estadual e municipal – não podem ser delegadas. O SUS é uma obrigação legalmente estabelecida na Constituição Federal Brasileira (CF 1988).

Um dos papéis fundamentais das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) é o de coordenar o processo de implantação do SUS no respectivo Estado. Para tanto, o gestor estadual precisa agir de forma articulada com as duas outras esferas de governo (União e Municípios) e com as instâncias de controle social, representadas pelos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde.

No que diz respeito aos municípios, a relação do gestor estadual é de coordenação e avaliação, não havendo uma hierarquia entre ambos ou a subordinação dos municípios à SES. Isto resulta do modelo brasileiro de federalismo e da definição constitucional e legal do comando único em cada esfera de governo, em que em um território federativo, determinada unidade, serviço ou prestadores de saúde **devem se reportar a um único gestor**, sem ingerência de outro ente federativo.

Na Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, a regionalização é citada, como um princípio ligado à “*descentralização político administrativa com direção única em cada esfera de governo*” sendo, portanto na consolidação desse sistema um princípio fundamental. Pelas características continentais do Brasil, a

descentralização da saúde se torna um processo necessário para garantir impactos positivos na gestão e na atenção à saúde (assistência e vigilância em saúde).

No campo da saúde, é necessário diferenciar alguns aspectos conceituais de temas comuns às diversas áreas, desta forma para melhor entendimento, no que refere à saúde conceituamos:

**MUNICIPALIZAÇÃO** – Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território.

**DESCENTRALIZAÇÃO** – É uma das diretrizes constitucionais de organização do Sistema Único de Saúde, sendo parte integrante do processo de redemocratização do país na década de 80 do século passado, com forte ênfase no *deslocamento de poder e transferência de responsabilidades de gestão* através da desconcentração de ações e serviços de saúde com centralização das decisões de poder para um outro ente federativo. Pode ser definida como o processo de transferência de responsabilidades de gestão da união para estados e municípios e do estado para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à união, estados, distrito federal e municípios.

Os estados e a união devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

A descentralização é usada para descrever vários graus e formas de mudança no papel de um governo central, por meio de:

- **Realocação** ⇒ transferência de capacidades fiscais e poder decisório sobre políticas para autoridades subnacionais;
- **Consolidação** ⇒ transferência para outras esferas de governo da responsabilidade pela implementação e gestão de políticas definidas centralmente;

- **Desconcentração** ⇒ transferência de responsabilidades para novas instâncias administrativas autárquicas próprias do governo central;
- **Privatização, devolução** ⇒ deslocamento de atribuições do governo para setores privados e não governamentais.

**TERRITÓRIO** – é um espaço vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais ou outras. O município pode ser dividido em diversos territórios para a implementação das áreas de abrangências das equipes de unidades básicas e saúde da família. O território pode estar contido num único município ou se referir a um conjunto de municípios que guardam identidades comuns e constituem, entre si, modos de integração social e de serviços numa perspectiva solidária.

**TERRITORIALIZAÇÃO** – é um conceito técnico que tem sido utilizado no âmbito da gestão da saúde, consistindo na definição de territórios vivos com suas margens de responsabilização sanitária, quais sejam: áreas de abrangência de serviços, áreas de influência.

**REGIONALIZAÇÃO** – Um dos princípios que orientam a organização do SUS definidos pela CF 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. A regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde, identificando e constituindo as regiões de saúde – espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde (assistência e vigilância em saúde), objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de co-gestão regional.

**GESTÃO** – é o processo contínuo do exercício da autoridade e das responsabilidades sanitárias assumidas em cada esfera de governo, cuja ação política, administrativa, financeira e técnica devem estar pautadas pelos princípios da reforma sanitária brasileira, visando a operacionalização das diretrizes e dos princípios constitucionais do SUS no seu âmbito federativo (união-estados – municípios). É a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

**GERÊNCIA** – É a capacidade de administração de uma unidade ou órgão de saúde (posto de saúde, ambulatório, hospital, instituto, fundação, e outros) que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS.

## 2. DESCENTRALIZAÇÃO NO BRASIL: RECORTE HISTÓRICO

É preciso retroceder um pouco porque a semente do que é hoje o Sistema Único de Saúde, começou a romper seu estado de latência há mais de 50 anos, durante a III Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 1963, quando foram discutidos os ideais do que seria um sistema baseado na **municipalização dos serviços**.

Em 1986 ocorreu a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, cuja luta persistia em assegurar na Constituição Federal, o capítulo referente a saúde com o desenho de um serviço baseado nos princípios da ***universalidade, igualdade e integralidade***. A VIII Conferência foi um divisor na luta por uma saúde pública de direito do cidadão e dever do Estado.

Neste sentido, são diretrizes do SUS contidos na CF 1988, no Artº 198:

*“(…)  
As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:  
I - **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;  
II - **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;  
III - **participação da comunidade**.  
“(…)”*

A regulamentação do SUS se deu nas Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990, as quais dispõem respectivamente sobre:

*“As condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.”*

*“A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.”*

A IX Conferência Nacional de Saúde (realizada em agosto de 1992) abordou o tema "**Municipalização é o caminho**", indicando a necessidade de promover a **descentralização dos serviços para os municípios**.

No processo de organização, visando a operacionalização do SUS, foi estabelecido um arcabouço legislativo, instituído através de normas, portarias e decretos formulados nestes 26 anos de história do sistema, enfatizados a seguir.

## 2.1 O PROCESSO DA DESCENTRALIZAÇÃO NO BRASIL

A descentralização de políticas de saúde em países federativos, como é caso do Brasil, é um processo lento e negociado que supõe o entendimento entre autoridades políticas dotadas de variados tipos de legitimidade e poder decisório e envolve relações de competição e cooperação, acordos e vetos entre esferas de governo.

As questões envolvidas são de natureza complexa, pois atuam sobre a distribuição e as relações de poder estabelecidas entre diferentes atores (sujeitos, governos, instituições e grupos sociais) no espaço geográfico e envolvem um jogo complexo de interação e negociação política entre diferentes instâncias governamentais, organizações profissionais, instituições e serviços públicos e privados que compõem o sistema de saúde no território.

A Descentralização no âmbito do SUS possui peculiaridades tais como:

- Deve ser em um só tempo, nacional, universal e integral, mas também descentralizado, unificado e hierarquizado no território, atendendo à diversidade regional do país.
- A descentralização esteve sempre atrelada a valores mais abrangentes e não retira a responsabilidade dos três entes governamentais na garantia do direito à saúde.

No Brasil o processo de descentralização caracteriza-se pela pequena autonomia conquistada pelos governos estaduais e fortalecimento da gestão municipal – forte tendência à municipalização.

## 2.2 CICLOS DA DESCENTRALIZAÇÃO NO BRASIL

**1º CICLO (1983–1992 NORMA OPERACIONAL BÁSICA - NOB 91):** *extrapola a saúde; a conjuntura de democratização dos anos 80 favorece a crítica ao modelo centralizador e autoritário da ditadura (64-82); bandeira do movimento liderado pelos governos estaduais e municipais em prol de maior autonomia decisória e financeira. Municipalização como eixo condutor do processo de descentralização e capilarização do SUS (obediência a diretriz constitucional).*

A descentralização no Brasil assume uma centralidade na agenda da chamada “Reforma do Estado” nos anos 80 em quase todos os países ocidentais concomitante ao processo de redemocratização e queda das ditaduras militares na América Latina. Desta forma, no campo conservador a descentralização é entendida como um mecanismo para reduzir o Estado dos encargos financeiros, na área social, incluindo a privatização de serviços e o financiamento público para o consumo de serviços privados. No *campo progressista* é considerado um meio de avançar o conceito de democracia mobilizando novos atores sociais com novos movimentos locais. Em comum estas duas linhas de pensamento tem como base que a descentralização veio como resposta à crise do padrão de crescimento baseado na centralidade das ações que provocavam grandes desvios de natureza burocratizante em vários setores do país.

A descentralização, portanto é um processo de distribuição de poder e autoridade, distribuído em 03 planos:

- **Plano político:** desconcentração do poder decisório, delegação do poder de formular políticas, de definir prioridades, de alocar recursos para instâncias descentralizadas, decisórias e institucionalizadas dotadas de poder deliberativo ou formas mistas que envolvam o setor público-privado no processo decisório.
- **Plano administrativo:** refere-se à desconcentração do aparelho administrativo, sem implicar dispersão do poder decisório.
- **Plano econômico:** diz respeito à transferência das decisões econômicas, concentradas no Estado, para o mercado e os consumidores.

Esta NOB implementou um modelo de repasse de recursos aos Estados e Municípios de acordo com a produção de serviços, mantendo interesses do antigo Instituto Nacional de Previdência Social –INAMPS, de dar continuidade ao Sistema

de Informação Hospitalar do SUS - chamado de SIH/SUS, que havia sido criado no ano anterior. Os recursos eram repassados por transferências negociadas.

Ela estendeu a forma de pagamento por procedimento que já existia para os provedores privados aos serviços públicos.

**2º CICLO (1993–1995 – NORMA OPERACIONAL BÁSICA - NOB 93):** *tentativas de fortalecimento da gestão municipal, apoiado pelo maior aporte de recursos; transferência apoiada na expansão da oferta. Estabeleceu 3 níveis de autonomia de gestão chamada de modalidades de habilitação: Incipiente, Parcial e Semiplena. Criação das CIB (Comissão Intergestores Bipartite), da CIT (Comissão Intergestores Tripartite) e definição da transferência fundo a fundo no País.*

Na década de 90 do século passado, pode-se afirmar que ocorreu um “... acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais.” Processo esse consolidado através da NOB 96 que fortaleceu e aumentou a oferta dos sistemas de saúde para os municípios, além de ter ampliado a autonomia financeira dos mesmos desvinculando as transferências aos gastos específicos, redefinindo assim os mecanismos de gestão de cada ente federado.

Esta NOB 01/93 introduziu formas de gestão como critério de classificação dos Estados e Municípios. A pactuação entre as esferas de governo seria feita através das CIT e CIB.

Os Estados e Municípios teriam que se habilitar em uma das três formas de gestão: incipiente, parcial ou semiplena, de acordo com o nível organizacional e comprometimento com o SUS. Para os Estados, havia as formas parcial e semiplena. Cada uma das formas representava um nível diferente e progressivo de transferência de responsabilidades e autonomia de gestão. Aqueles Municípios e Estados habilitados na condição semiplena receberiam recursos pelo mecanismo de transferência fundo a fundo, como previsto na Lei 8.080/90. Para os Estados e Municípios que não recebiam fundo a fundo - e que representavam a maioria - foram definidos novos tetos para substituir os tetos por intenações que existiam antes.

Foram criados um teto financeiro para cada estado e um teto global de assistência ambulatorial e hospitalar.

**3º CICLO (1996-2000 - NORMA OPERACIONAL BÁSICA - NOB 96):** *redistribuição mais equitativa de recursos através da descentralização financeira na atenção básica aos municípios através do chamado "Piso da Atenção Básica - PAB Fixo" com base per capita e incentivo ao Programa de Saúde da Família – PSF. Estabelece as seguintes modalidades de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica – GPAB, Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM, Gestão Avançada do Sistema Municipal – GASM, Gestão Plena do Sistema Estadual – GPSE e a Criação da Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI da Assistência).*

Foram criadas duas novas formas de gestão municipal: a "Gestão Plena da Atenção Básica" e a "Gestão Plena do Sistema Municipal". No primeiro caso, o município ficaria responsável pela assistência básica, prestada em unidades próprias ou através de contratos com provedores. No segundo caso, o município seria totalmente responsável pelos serviços ambulatoriais e hospitalares e teria autonomia para decidir sobre alteração de valor dos procedimentos médicos e outros pontos relacionados ao pagamento dos serviços.

O PAB era transferido de forma direta, regular e automática aos Municípios habilitados em "*Gestão Plena da Atenção Básica*" (fundo a fundo) e de acordo com o teto financeiro da assistência para a "*Gestão Plena do Sistema Municipal*". Quando o município não estava habilitado em nenhuma das duas formas de gestão, o repasse era feito ao estado e, dele, para os municípios.

As atividades financiadas pelo PAB foram as seguintes: pronto atendimento, consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico básico, atendimento domiciliar pela equipe do programa de saúde da família, vacinação, atividades educativas comunitárias, planejamento familiar e assistência pré-natal, pequenas cirurgias ambulatoriais, atividades dos programas de agentes comunitários de saúde e outros.

A municipalização acelerou-se, de tal modo que, ao final de 1996, haviam 3.078 municípios habilitados para a municipalização e, ao fim do ano 2000, 5.506 o que corresponde a cerca de 98,98% dos municípios brasileiros. Isto pelo fato das

NOB-93 e 96 serem as grandes alavancadoras do processo de municipalização<sup>1</sup> e descentralização da saúde na história do SUS, consolidando a política de municipalização e a delegação de poderes aos municípios como gestores da saúde no âmbito municipal.

Ela determinou que existisse sempre a contrapartida dos governos estaduais e municipais para cada repasse de recursos recebido.

Estes dois últimos ciclos “impulsionaram a descentralização da saúde apresentando resultados positivos em relação ao aumento de transferências diretas de recursos do nível federal para o nível estadual e municipal”. Elas contribuíram para o avanço da descentralização, mas também trouxeram a necessidade de enfrentamento no âmbito da gestão relativo à atenção à saúde.

Contrapondo-se a isto, pode-se afirmar que o conceito de descentralização trazido pela NOB é “infralegal, possuindo caráter transitório, podendo ser reeditado a qualquer momento”. “[...] cai em vácuo decisório,[...] pois a liberação do recurso financeiro é sempre um ato “de Brasília” , [...] sendo esse processo esculpido a golpes de portaria.

A municipalização levou a avanços, mas gerou sérios problemas, pois os municípios continuavam sem ter definidas as suas referências, principalmente relativas a atenção básica e a necessidade da criação de redes de atenção. Levando a conclusão de que a “descentralização pela municipalização engendrada pelo SUS, através do paradigma da municipalização autárquica, esgotou-se e necessitou ser repensada”.

A descentralização trouxe três aspectos importantes e desafiadores ao SUS:

- a descentralização das funções de organização, gestão e financiamento;
- a descentralização político – administrativa; e,

---

<sup>1</sup> Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Municipalizar é transferir para as cidades a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. (BRASIL, 2009b)

- a intensificação dos investimentos direcionados à redefinição do modelo assistencial predominante.

Entretanto, ela não foi suficiente na garantia dos princípios fundamentais do SUS como universalidade, equidade e integralidade.

**4º CICLO (2001-2005 - NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE – NOAS):** *ênfatisa o processo de regionalização como estratégia de ampliação do acesso. Estrutura o processo de regionalização e hierarquização do SUS. Estabelece as modalidades de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A, Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM, Gestão Avançada do Sistema Estadual – GASE e Gestão Plena do Sistema Estadual - GPSE.*

Em cada tempo do SUS, conforme a concepção do gestor federal, os processos de descentralização se efetivaram de formas distintas no país, percebida sutilmente como uma “*descredibilidade*” do ente federado aos demais, percebe-se que a união parece não acreditar que estados e municípios sejam capazes de fazer a gestão e gerência de ações e serviços em seu território, pois as estratégias e instrumentos para sua efetivação, refletidas nas Normas Operacionais mostram claramente essas diferentes concepções de descentralização, numa forma perversa de vincular a descentralização de poder e recursos, àquilo que se pode afirmar como as “*cenouras da união*”: se o ente fizer o que quero, recebe o recurso!

A união vincula a descentralização de poder (e entenda-se que não há poder sem recursos e competência – conhecimento-habilidade e atitude), ao alcance ou cumprimento formal de requisitos e compromissos dos programas federais, criando entre os demais gestores uma cultura do “faz-de-conta”, gerando descompromisso ao invés de responsabilidades; fragmentação e redução do poder decisório ao invés de fortalecimento da gestão no âmbito do SUS.

Apesar de todos os avanços inerentes à descentralização, o que se pôde observar foram movimentos de vai-e-vem nesses anos de consolidação do SUS: de uma descentralização municipalista, exacerbada pelo conceito de que é no município que ocorrem os fatos e fenômenos da saúde, a uma constatação de que ***sozinho o município não consegue garantir a integralidade de atenção a sua população***, dependendo de outro município ou outro ente federado para isso.

Retorna-se então, a uma forte discussão em torno da necessidade e fortalecimento da **regionalização**.

Apesar da regionalização já constar na Constituição de 1988 e na Lei nº 8.080/90 como princípio, somente com a NOAS ela de fato se concretiza introduzindo a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões envolvendo três aspectos: “a concepção, a implantação e o monitoramento do Plano Diretor de Regionalização (PDR), o desenvolvimento de uma estratégia de obtenção de racionalidade sistêmica e o estabelecimento de um pacto de compromisso”.

Ao mesmo tempo em que a NOAS/SUS/01 aumentava as responsabilidades dos municípios na atenção básica, diminuía a sua capacidade de gestão, ao definir que caberia às Secretarias Estaduais de Saúde a operacionalização da regionalização, fazendo com que a autonomia municipal na gestão de saúde, fosse reduzida dificultando o processo de descentralização. Essa regionalização foi chamada por alguns autores de “tutelada e normativa” porque ela estabelecia uma forma de organização uniforme em todos os estados e regiões do país, sem levar em conta as especificidades e sem respeitar as características regionais gerando uma série de pressões e desconforto entre os entes federados.

**5º CICLO (2006-2010 - PACTO PELA SAÚDE):** *possuindo 3 dimensões: Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS. As diretrizes políticas são enunciadas para a pactuação política entre os entes com base na regionalização dos serviços. Substitui o processo de habilitação por adesão ao considerar que todos os gestores são plenos na responsabilidade pela saúde da sua população.*

Em 2006 o Pacto pela Saúde é constituído, dando ênfase à regionalização com uma abordagem nova de *solidariedade e cooperação mútua*, redefinindo e redesenhando a constituição de Regiões de Saúde, não mais rígidas e inflexíveis, mas baseadas no perfil epidemiológico, demográfico, sócio - econômico educacional e cultural, com características diferentes, construídas e delimitadas pelos próprios integrantes, estabelecendo conforme as características regionais, as ações e serviços existentes e/ou que serão instituídos, preconizando novas diretrizes para a regionalização, aproximando mais os entes federados. O Pacto pela Saúde trouxe em seu arcabouço:

- Definição das responsabilidades por eixos/diretrizes,
- Maior transparência para o controle social,
- “Escolha” de qual responsabilidade: permite ao ente definir quais unidades e serviços ficam em sua gestão, por meio de negociação consensual, no arranjo interfederativo,
- Fortalecimento da governança regional: Regionalização da Saúde de forma *solidária e cooperativa* e a criação dos Colegiados de Gestão Regional - CGR.

O processo de descentralização do Pacto pela Saúde ocorrido entre os anos de 2006 a 2010, teve etapas diferentes entre os entes federativos. O Tocantins foi o 1º estado da federação a aderir ao Pacto, e nestes 04 anos de implantação, todos os estados aderiram, mas apenas 68,1% dos municípios do Brasil.

Pode-se afirmar que as estratégias e instrumentos propostos no âmbito do Pacto, foram insuficientes para prover os avanços necessários à condução da descentralização e da regionalização da saúde nos estados brasileiros. Dentre elas podemos destacar:

- não foram claras as relações entre os processos de regionalização e a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão, que formalizam os acordos intergovernamentais no Pacto,
- permaneceu o risco de desarticulação entre os processos de planejamento e de pactuação intergovernamental em curso nos estados, devido à pouca valorização dos instrumentos e recursos relativos ao planejamento regional no bojo da proposta e
- a fragilidade do modelo de intervenção federal embutido na proposta do Pacto. A relação entre a celebração dos pactos e o papel federal nesse processo deveria ter sido melhor aprimorada, com maior valorização do planejamento nacional, que não deveria ter se restringido à coordenação de um processo “de base local e

ascendente”, visto que existem atributos próprios do planejamento em cada âmbito territorial.

**6º CICLO (A PARTIR DE 2011 – DECRETO FEDERAL Nº 7.508/11):** *emerge com a proposta de pactuação a partir da adesão pelos estados e municípios aos Contratos Organizativos de Ação Pública em Saúde – COAP e novos instrumentos de planejamento e gestão no âmbito do SUS e Rede de Atenção à Saúde - RAS. Regulamenta a Lei n.º 8.080/90.*

Finalmente com o advento do Decreto nº 7.508/11 em relação a regionalização, utilizou os elementos do conceito apresentado na Portaria GM nº 399 de 22/02/06 que trata do Pacto pela Saúde definindo a região de saúde como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas, 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, mas some o discurso da descentralização e da cooperação solidária entre os entes e mantem-se a centralização da coordenação das regiões de saúde sob responsabilidade estadual conforme o Pacto citava.

Traz uma proposta de conformação de uma Rede de Atenção à Saúde, numa proposta de mudança do modelo de atenção, visando a integralidade da assistência e da equidade, através do alcance do fortalecimento da governança regional, “re”-definindo a organização do SUS de forma *regional* retirando-se o discurso da *municipalização*. Fica claro no Decreto a ênfase dada ao processo de Regionalização e de um Planejamento Regional Integrado, estabelecendo uma “nova etapa” no caminhar do SUS.

A NOB trazia uma forte ênfase na municipalização, a NOAS numa tentativa de regionalização dos serviços assistências de forma verticalizada, o Pacto inicia uma integração regional através dos Colegiados de Gestão Regional - CGRs e o Decreto vem numa proposta de afirmar: “nem tanto o município, nem tanto o estado” é a Região.

Com o Decreto nº 7.508/11 busca-se garantir a população ao direito à saúde com acesso resolutivo de qualidade e em tempo oportuno e as responsabilidades sanitárias dos entes federativos oriundas do Pacto pela Saúde como responsabilidades organizativas obrigatórias, e propõe a consolidação do planejamento regional integrado, através do COAP, composto por 04 partes: a primeira, trata das responsabilidades organizativas do sistema; a segunda, das responsabilidades executivas de cada ente federado, frente ao conjunto de metas pactuadas; a terceira, das responsabilidades orçamentário-financeiras e a quarta parte, trata das responsabilidades para com o monitoramento e avaliação do próprio COAP.

O COAP é um instrumento jurídico-institucional, de caráter regional, capaz de permitir que os entes federativos em uma região de saúde, ao lado do seu estado membro e da união, possam integrar seus serviços e recursos financeiros numa administração que negocia, faz consenso e pactua acerca de aspectos essenciais para o SUS.

Também é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de *organizar e integrar as ações e serviços de saúde em uma região*. Por meio dele são definidas as responsabilidades dos entes federados, os indicadores e metas de saúde que orientarão as ações desses entes, bem como os recursos financeiros que serão disponibilizados para a implementação integrada das ações e serviços de saúde na região, entre outros elementos. Assim, o COAP possibilita uma clara definição das atribuições e responsabilidades da União, Estados e Municípios em uma região de saúde, tanto no tocante à execução de ações e serviços de saúde, quanto no tocante ao financiamento.

Em três anos e oito meses de vigência do Decreto 7508/11, apenas 02 estados Ceará e Mato Grosso do Sul assinaram o COAP, ambos na sua totalidade regional com 22 e 04 COAPs respectivamente. O Brasil possui 438 regiões de saúde e destas apenas 5,94% assinaram o contrato. Este fato reflete uma questão preocupante, pois sinaliza o receio dos gestores em assumirem responsabilidades sanitárias sem possuírem as garantias mínimas da descentralização de maior aporte de recursos financeiros, que deveria vir concomitante às responsabilidades assumidas para a operacionalização do sistema em seu território, gerando uma

“sutil” resistência a assinatura do contrato, somada a necessidade da melhoria da governança, do financiamento e do aprimoramento das relações interfederativas que ainda povoam o campo dos desafios.

Todos estes fatores tem cooperado para a ausência do progresso do COAP no País, pois ao serem construídos, foram identificadas as dificuldades apresentadas pelos gestores municipais e estaduais, agravadas pelas desigualdades regionais, ocorrendo um movimento de “des” responsabilização por parte dos entes federados no cumprimento dos dispositivos do Decreto 7.508/11 no que se refere ao COAP.

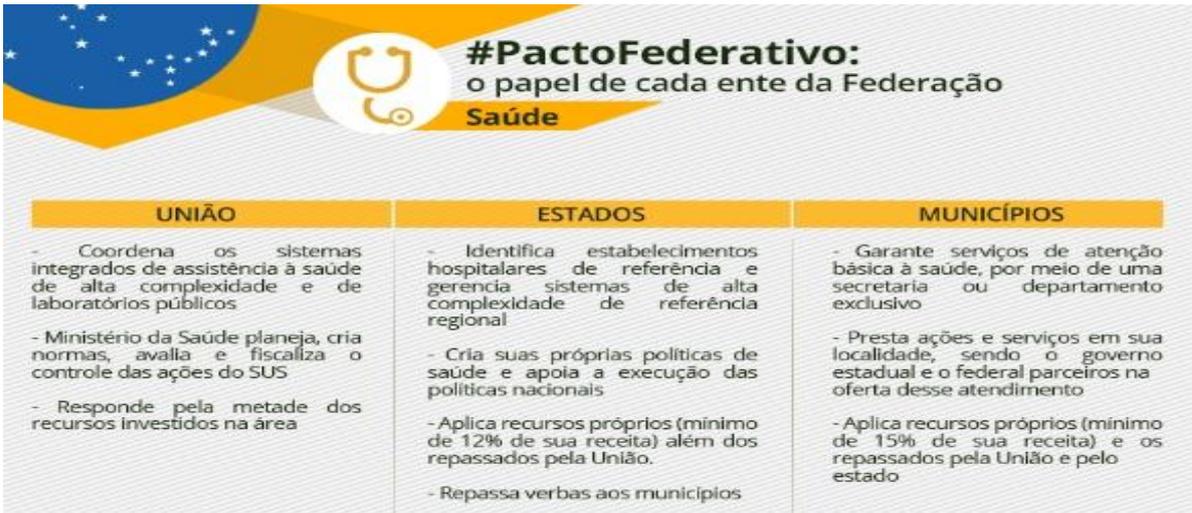
Para compensar a ausência de definição do cumprimento da diretriz constitucional de descentralização no Decreto 7.508/11, a CIT aprovou a Resolução n.º 04, de 19 de julho de 2012 que dispõe no seu Artº 3º as regras para a descentralização.

### **2.3 RESPONSABILIDADES DOS GESTORES DO SUS E AS FUNÇÕES DA GESTÃO NA SAÚDE BRASILEIRA**

Os gestores do SUS são o Ministro da Saúde em nível nacional, o Secretário de Estado da Saúde, em nível estadual, e o Secretário Municipal de Saúde em nível municipal. Eles podem dividir funções, mas todos devem ser parceiros para garantir a saúde da população.

De acordo com o **Pacto Federativo**, cada um destes gestores e entes da federação tem um papel a desempenhar visando o cumprimento dos dispositivos constitucionais do SUS e podemos destacar:

FIGURA 01 – O Pacto Federativo: o papel de cada ente da Federação na Saúde



UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordena os sistemas integrados de assistência à saúde de alta complexidade e de laboratórios públicos</li> <li>- Ministério da Saúde planeja, cria normas, avalia e fiscaliza o controle das ações do SUS</li> <li>- Responde pela metade dos recursos investidos na área</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica estabelecimentos hospitalares de referência e gerencia sistemas de alta complexidade de referência regional</li> <li>- Cria suas próprias políticas de saúde e apoia a execução das políticas nacionais</li> <li>- Aplica recursos próprios (mínimo de 12% de sua receita) além dos repassados pela União.</li> <li>- Repassa verbas aos municípios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garante serviços de atenção básica à saúde, por meio de uma secretaria ou departamento exclusivo</li> <li>- Presta ações e serviços em sua localidade, sendo o governo estadual e o federal parceiros na oferta desse atendimento</li> <li>- Aplica recursos próprios (mínimo de 15% de sua receita) e os repassados pela União e pelo estado</li> </ul>

Fonte: blog do Planalto/Presidência da República

Cabe ainda salientar que no processo de descentralização em cada âmbito federativo, os gestores também devem exercer as chamadas **Funções Gestoras do SUS**. Essas funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, que devem ser exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública. Simplificadamente, pode-se identificar quatro grandes grupos de funções gestoras na saúde:

- 1º Formulação de políticas/planejamento; • •
- 2º Financiamento;
- 3º Regulação, coordenação, controle e avaliação (do sistema/redes e • • dos prestadores, públicos ou privados);
- 4º Prestação direta de serviços de saúde.

## QUADRO 01 - COMPARATIVO DAS FUNÇÕES GESTORES DOS ENTES FEDERATIVOS:

<b>FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS/PLANEJAMENTO</b>		
<b>UNIÃO</b>	<b>ESTADOS</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional.</li> <li>- Papel estratégico e normativo.</li> <li>- Manutenção da unicidade, respeitando a diversidade.</li> <li>- Busca da equidade.</li> <li>- Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e de práticas inovadoras de gestão estadual e municipal.</li> <li>- Planejamento e desenvolvimento de</li> <li>- políticas estratégicas nos campos de tecnologias,</li> <li>- insumos e recursos humanos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual.</li> <li>- Promoção da regionalização.</li> <li>- Estímulo à programação integrada.</li> <li>- Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal.</li> <li>- Planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos.</li> <li>- Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário).</li> </ul>
<b>FINANCIAMENTO</b>		
<b>UNIÃO</b>	<b>ESTADOS</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde.</li> <li>- Peso importante dos recursos federais.</li> <li>- Papel redistributivo.</li> <li>- Definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados.</li> <li>- Realização de investimentos para redução de desigualdades.</li> <li>- Busca da equidade na alocação de recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição de prioridades estaduais.</li> <li>- Garantia de alocação de recursos próprios.</li> <li>- Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios.</li> <li>- Realização de investimentos para redução de desigualdades.</li> <li>- Busca da equidade na alocação de recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantia de aplicação de recursos próprios.</li> <li>- Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais.</li> <li>- Realização de investimentos no âmbito municipal.</li> </ul>

<b>REGULAÇÃO, COORDENAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO</b>		
<b>UNIÃO</b>	<b>ESTADOS</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulação de sistemas estaduais.</li> <li>- Coordenação de redes de referência de caráter interestadual/nacional.</li> <li>- Apoio à articulação interestadual.</li> <li>- Regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde.</li> <li>- Normas de regulação sanitária no plano nacional.</li> <li>- Regulação de mercados em saúde (planos privados, insumos).</li> <li>- Regulação das políticas de recursos humanos em saúde.</li> <li>- Coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde.</li> <li>- Avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulação de sistemas municipais.</li> <li>- Coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal.</li> <li>- Apoio à articulação intermunicipal.</li> <li>- Coordenação da PPI no estado.</li> <li>- Implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex.: centrais, protocolos).</li> <li>- Regulação sanitária (nos casos pertinentes).</li> <li>- Avaliação dos resultados das políticas estaduais.</li> <li>- Avaliação do desempenho dos sistemas municipais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organização das portas de entrada do sistema.</li> <li>- Estabelecimento de fluxos de referência.</li> <li>- Integração da rede de serviços.</li> <li>- Articulação com outros municípios para referências.</li> <li>- Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados.</li> <li>- Regulação sanitária (nos casos pertinentes).</li> <li>- • Avaliação dos resultados das políticas municipais</li> </ul>
<b>PRESTAÇÃO DIRETA DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b>		
<b>UNIÃO</b>	<b>ESTADOS</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em caráter de exceção.</li> <li>- Em áreas/ações estratégicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em caráter de exceção.</li> <li>- Em áreas/ações estratégicas: serviços assistenciais de referência estadual e/ou regional de alta complexidade (ambulatorial e hospitalar);</li> <li>- Ações de maior complexidade de vigilância em saúde.</li> <li>- Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peso importante na execução de ações/prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária.</li> <li>- Gerência de unidades de saúde.</li> <li>- Contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.</li> </ul>

### 3. DESCENTRALIZAÇÃO NO TOCANTINS: RECORTE HISTÓRICO

Trazendo a discussão para a realidade no âmbito do Tocantins a descentralização ainda é lenta e desafiadora: ocorreu na década de 90 e início do ano 2000 do século passado, uma forte adesão dos municípios à descentralização da gestão da atenção básica e vigilâncias com as NOBs, mais por imposição do financiamento das políticas públicas, do que por aceitação de responsabilidade sanitária.

Apesar do Estado ter uma mais altas coberturas de Atenção Básica do país, possui um grande número de internações sensíveis a atenção básica com 34% em 2013, baixa cobertura de homogeneidade das vacinas de rotina, além de continuar endêmico para as doenças transmissíveis como dengue, leishmaniose visceral e hanseníase, apontando que ainda existem sérias lacunas na operacionalização de ações e serviços, mesmo com os avanços inquestionáveis ocorridos na melhoria do acesso à saúde no Estado, com o aumento do n.º de consultas de pré-natal, redução da mortalidade infantil, a sucesso no controle da malária e erradicação do sarampo, e atualmente com a ampliação do acesso com o Programa Mais Médicos, dentre outros; mas permanece uma dependência histórica dos gestores municipais em relação ao Estado na média e alta complexidade hospitalar, pois o mesmo ainda executa 85% destes procedimentos.

No que se refere à descentralização da gestão e gerência no Tocantins, pela NOB 96 apenas 08 municípios aderiram a alguma forma de habilitação da Gestão Plena do Sistema Municipal, na NOAS/01 apenas a capital que depois retrocedeu e o Estado que foi um dos últimos da federação a se habilitar somente em 2004. Em compensação, no Pacto pela Saúde o Estado foi o primeiro a aderir no País, em setembro de 2006, seguido no decorrer dos anos, por 84 dos seus 139 municípios, sendo que a maioria só tinha atenção básica. Pelo Decreto nº 7.508/11, apenas 03 municípios, conforme demonstrado no quadro a seguir.

QUADRO 02 - Situação geral da municipalização de ações e serviços de saúde no Tocantins.

Modalidade de Descentralização da Gestão (Municipalização)/ Total de Município					
1997 a 2005				2006 aos dias atuais	
NOB		NOAS		Adesão ao Pacto pela Saúde	Descentralização pelo Decreto 7.508/11
GPSM	GPAS	GPAB-A	GPSM		
08	131	01	0	84	03
<b>139</b>		<b>01</b>		<b>84</b>	<b>03</b>

Fonte: MS/SGEP/CIT

Conforme o Quadro 02:

- 139 municípios do Tocantins foram descentralizados nas ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde, no período de 1997 a 2005;
- 08 municípios foram descentralizados na Média Complexidade pela NOB (Almas, Formoso do Araguaia, Gurupi, Itacajá, Nazaré, Palmas, Palmeirópolis e Paranã) a passaram a ser gestores e gerentes das unidades de saúde de seu território, sendo o município de Almas perdeu a habilitação, ficando apenas 07.
- Atualmente 87 municípios solicitaram a descentralização de ações e serviços de saúde enquanto modalidade de gestão e gerencia de serviços seja pelo Pacto pela Saúde ou pelo Decreto 7.508/11 - envolvendo a atenção básica, a vigilância em saúde e serviços de média complexidade.

Hoje há uma forte pressão dos gestores municipais nos espaços das Comissões Intergestores, numa tentativa de desresponsabilização sanitária, com um discurso de “*devolver*” ao Estado os poucos serviços e unidades de baixa e média complexidade ambulatorial e hospitalar sobre responsabilidade destes entes (gestão e/ou gerências), principalmente Hospitais de Pequeno Porte (HPP), Hospitais Municipais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), com a justificativa de que “*não suportam mais o alto custo para manter estes serviços, denotando um*

*retrocesso na operacionalização das políticas públicas referentes à saúde no Estado e no descumprimento da diretriz constitucional sob alegação de subfinanciamento.”*

No que tange a regionalização, atualmente o Estado possui 08 regiões de saúde com conformações distintas de serviços e interdependência das regiões onde estão situados os maiores municípios que agregam mais serviços de média e alta complexidade. Podemos destacar como desafios para a consolidação da regionalização no Tocantins:

- 1) Muitos municípios com poucos habitantes – 113 municípios com menos de 10mil hab;
- 2) Grande extensão territorial e baixa densidade demográfica (4,98 hab. por Km<sup>2</sup>), dificultando o acesso e a viabilidade de economia de escala;
- 3) 92% de usuários diretos do SUS na atenção;
- 4) Alto custo para implantação e manutenção de ações e serviços de saúde e de recursos humanos (o Estado é o 2º da federação com 22% de Receita Própria em Saúde);
- 5) Poucas estruturas de unidades e serviços herdadas da União por ocasião da criação do Estado;
- 6) Ausência de pontos de atenção para a consolidação da Rede de Atenção a Saúde (RAS) ;
- 7) Fragilidade nos sistemas de apoio e logístico da RAS.

Aliado a estes aspectos, a Rede de Atenção a Saúde vem se estruturando de forma fragmentada através de Redes Temáticas que não se integram, subfinanciada, além do desafio de consolidação da governança regional no âmbito do SUS.

Tanto a descentralização como a regionalização no Estado do Tocantins, estão intrinsicamente ligadas ao fortalecimento da gestão no âmbito do SUS de maneira a garantir a otimização dos escassos recursos da saúde, dando maior eficiência, ampliando estruturas e pontos de atenção principalmente na média

complexidade ambulatorial estrangulada no Estado e fortalecendo a atenção básica e vigilâncias em saúde. O empoderamento dos gestores do SUS das suas responsabilidades sanitárias e o cumprimento e alcance de resultados é condição "sine qua non", na garantia e ampliação do acesso com qualidade de ações e serviços aos usuários.

No que se refere às funções gestoras da saúde, a realidade no Tocantins difere dos demais Estados, por possuir ainda uma forte característica executora de ações e serviços de saúde de baixa e média complexidade ambulatorial e hospitalar, quando comparada com o que é determinado legalmente, pois, compete a gestão estadual, no caso da assistência, garanti-la no nível da alta complexidade, conforme estabelece a Lei nº 8.080/90:

**Art. 17, inciso IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;**

Entretanto, por um processo histórico de limitação da produção-oferta de serviços de saúde no Estado, persiste a baixa adesão dos municípios à descentralização e integralidade da atenção, imposta, sobretudo, por um subfinanciamento das ações e serviços potencializados pelo fato de que o Estado integra a Amazônia Legal e enfrenta desafios que oneram muito o custeio das ações de saúde ambulatorial e hospitalar tais como: dificuldade de acessibilidade geográfica - as Regiões de Saúde apresentam pontos extremos de distância acima de 200Km; baixa densidade populacional; e alto custo para interiorizações e permanência de profissionais especializados.

Baseada nesta realidade, mesmo não sendo sua responsabilidade, atualmente o Estado do Tocantins coopera com os municípios ao assumir a gestão e gerência de serviços de baixa e média complexidade ambulatorial e hospitalar prestada municipal e regionalmente, além da cessão de Recursos Humanos para a atenção básica, sem uma política clara de gestão de pessoas, que defina as regras e critérios deste tipo de cooperação.

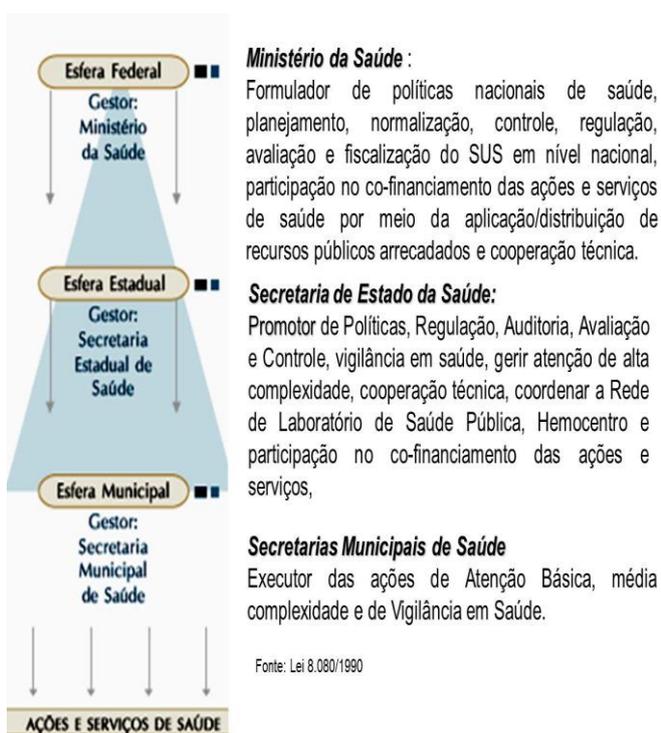
Nos dias atuais a Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins é a maior ofertante da assistência ambulatorial e hospitalar no Estado, apresentado no ano de 2014 o seguinte cenário:

- Gerencia 62,77% dos leitos do Estado;
- É executor de 85% das internações no Estado;
- Executa 59,58% de Recursos Próprios na remuneração de profissionais;
- Na remuneração de profissionais, 81,59% são executados no objetivo da Atenção Especializada;
- Executa 88,18% do total geral do orçamento na subfunção da assistência hospitalar e ambulatorial;
- Destina 61,10% de Recursos Próprios na assistência hospitalar e ambulatorial (ações da Programação Anual de Saúde de modernização da gestão e gerência hospitalar e ambulatorial própria; aquisição de serviços de saúde e manutenção de recursos humanos na atenção especializada ambulatorial e hospitalar).

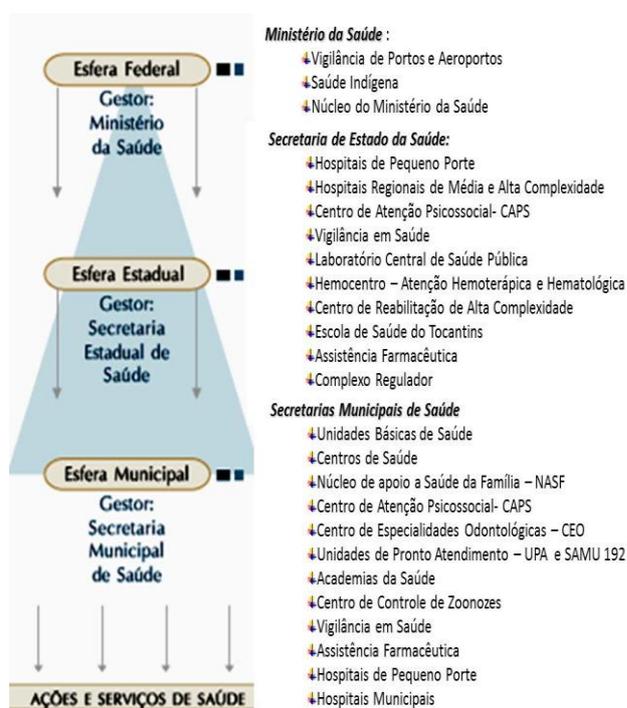
Considerando estes aspectos, o desenho da gestão e gerenciamento das unidades e serviços de Saúde do SUS no Tocantins, oposto ao que define o Pacto Federativo e as responsabilidades das funções gestoras da saúde são estas:

FIGURA 02: Responsabilidades e serviços dos entes federados no Tocantins.

O Cenário preconizado



O Cenário operacionalizado



Como consequência destes cenários, vem ocorrendo um estrangulamento orçamentário e financeiro na Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins para a manutenção e a oferta de ações e serviços de saúde ambulatorial e hospitalar destas unidades sob sua gestão e gerência. Em análise comparativa da aplicação de recursos entre a União e o Estado, exclusivamente na manutenção dessas unidades, no período de 2006 a 2014, registra-se um valor médio do procedimento SUS equivalente a **R\$208,92**, dos quais:

- 78% em média são financiados com Recursos Próprios do Tesouro Estadual;
- 22% com Recursos da União.

Comparando-se no mesmo período, a execução total no nível da Média e Alta Complexidade, identificou-se que o Estado aplicou uma média de **363% em relação ao total aplicado pela União**.

Quando analisamos o gasto *per capita* total (SIOPS 2006-2014), comparando-se a despesa total e a despesa Recurso Próprio, verifica-se que a participação do Estado do Tocantins no financiamento da saúde cresceu consideravelmente a cada ano desde 2006, visto que 75% do total da despesa em saúde/ano vêm ocorrendo com recursos do Tesouro Estadual.

Em 2014 o Estado do Tocantins aplicou 21,47% dos recursos de Receita Própria em ações e serviços públicos de saúde. Deste montante, 61,10% foram destinados à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar do Estado (em três ações da Programação Anual de Saúde), sendo, portanto, inviável a assunção de novas despesas, haja vista a inexistência de novas fontes de receitas, o que configuraria inclusive em irresponsabilidade fiscal.

Contudo, permanece uma dependência dos municípios em relação ao Estado na baixa, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, denotando uma descentralização lenta e desafiadora do SUS no Estado, considerando o gerenciamento de 62,77% do total de leitos SUS.

#### 4. CONCLUSÃO

Com a Lei nº 8080/1990, os municípios foram os que se converteram nos responsáveis pela execução de políticas públicas. Eles são os mais próximos às pessoas, à comunidade. Ficando preponderantemente com a união e os estados, o planejamento, financiamento e cooperação das políticas públicas do SUS.

O Artº 35 da mesma Lei define que as transferências de recursos entre os níveis de governo, sejam realizadas de forma regular e automática, pelo mecanismo fundo a fundo (do fundo federal para os fundos estaduais e municipais), cabendo 70% do volume total aos Municípios, atendendo aos critérios: populacionais; de perfil epidemiológico e demográfico; de acordo com a capacidade instalada; conforme a complexidade da rede de prestação de serviços de saúde e contrapartida financeira.

A Lei Complementar Federal nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou o parágrafo 3º do artº 198 da CFB, nos seus Artº 17 e 19, fortalece que a forma de rateio dos recursos da união para os estados, distrito federal e municípios e dos estados para os municípios, *não deve considerar o critério per capita*, mas de acordo com as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3o do art. 198 da Constituição Federal.

No entanto, estes critérios permanecem não sendo obedecidos e o *critério populacional tem prevalecido sobre os demais*. A não adoção do conjunto de variáveis para realizar os repasses traz distorções ao sistema. O percentual destinado especificamente aos municípios também nunca foi obedecido.

Um dos desafios que a diretriz da descentralização enfrenta é que a maioria dos municípios brasileiros e no caso o Tocantins, não tem arrecadação própria significativa e dependem das transferências intergovernamentais de recursos, com limitada capacidade de aumentar seu grau de autonomia política e financeira a partir do processo de descentralização.

Também é um desafio a cooperação entre os três entes federativos de que depende o sucesso do SUS para a efetivação dos mandatos constitucionais relacionados com a saúde. Um dos elementos que tensiona estas relações intergovernamentais refere-se ao predomínio de competências comuns aos três entes no terreno das políticas sociais (Artº 23 da CF 1988) e do caráter concorrente da união e dos estados no que diz respeito à temática legislativa (Artº 24 da CF 1988), associado à insuficiência dos mecanismos de coordenação federativa existentes.

No Brasil optou-se por uma modalidade de federalismo cooperativo que introduz a possibilidade de execução conjunta e admite a participação de mais de uma esfera política nas tarefas governamentais. Isto permite maior flexibilidade na distribuição de responsabilidades em situações de expressivas desigualdades, como é a brasileira. Mesmo assim, o estabelecimento das obrigações e a responsabilidade das três esferas do Estado não foram definidas com precisão, e geram uma lacuna e uma situação de insegurança jurídica. Existe, do mesmo jeito, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS (dos municípios), permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais, como já foi mencionado, sob o risco de cada município, frente ao outro desafio desordenado da judicialização, se isolar num pensar só seu, desconsiderando a regionalização solidária e cooperativa entre os pares.

Com isso, a forte participação do gasto estadual no caso do Tocantins e sua atuação direta na baixa, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar tem gerado uma desresponsabilização dos gestores municipais, devido a execução destas ações e serviços por parte do Estado, comprometendo suas competências

específicas relativas à gestão do SUS e ao co-financiamento de outras ações e demais serviços de sua responsabilidade.

Conclui-se, portanto que:

- A descentralização não se configurou num projeto estratégico de intervenção econômica e social com vistas ao desenvolvimento regional.
- Há uma fragilidade da lógica territorial na formulação de políticas públicas.
- A descentralização na saúde seguiu o desenho federativo brasileiro consolidado na CF de 1988.

Como resultado, permanecem problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso, à intensa fragmentação e à desorganização de serviços de saúde devido aos milhares de “sistemas locais isolados” existentes.

Recomenda-se, portanto, que os gestores municipais, consensuado nas CIR e CIB em parceria com o Estado proceda a estudo sustentável visando o cumprimento do dispositivo constitucional para que a descentralização da saúde de fato se consolide no Tocantins em todos os âmbitos e não apenas na atenção básica e vigilâncias em saúde.

Por oportuno vale ressaltar que

*“Qualquer que seja a opção referente ao modelo de gestão do SUS é importante lembrar que não é possível outorgar a responsabilidade do gestor municipal a outro ente, ou seja, a gestão é da Secretaria Municipal de Saúde e o seu titular será o responsável pelo cumprimento da constituição. Quando falamos de gestão do SUS, estamos falando das responsabilidades na gestão, indelegáveis a forma de administração.” (Revista CONASEMS 25 anos - Reflexões aos novos gestores de saúde)*

## BIBLIOGRAFIA

BALTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro. “**Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios**”. [Acesso em 2015 fevereiro 22]. Disponível: [http://www.cqh.org.br/files/RAS41\\_Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20o%20desafio%20da%20regionaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://www.cqh.org.br/files/RAS41_Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20o%20desafio%20da%20regionaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf).

BARROS, Elizabeth. **Implementação do SUS: recentralizar será o caminho?** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 307-310, 2001.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Emenda constitucional n.º 61, de 11 de novembro de 2009. Dá nova redação ao art. 103-b da Constituição Federal, para modificar a composição do Conselho Nacional de Justiça. Brasília, DF: Senado Federal, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. . Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Pacto Federativo: o papel de cada ente da federação na gestão da saúde pública**. Brasília. [Acesso em 2015 fevereiro 22]. Disponível em: <http://blog.planalto.gov.br/pacto-federativo-o-papel-de-cada-ente-da-federacao-na-gestao-da-saude-publica>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS (uma construção coletiva): estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 114p. (Série B: Textos Básicos de Saúde – Série Cadernos de Planejamento; v.3).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 46 p. (Série B. Textos Básico de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Regiões de Saúde no Brasil – Brasília : Ministério da Saúde. [Acesso em 2015 fevereiro 23]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1033-sgep-raiz/dai-raiz/cgci/cgci-l1/14145-regionalizacao>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Coleção Para Entender a Gestão do SUS** . – Brasília : CONASS, 2011. v1. 291 p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Lei nº 141/2012 e os Fundos de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2013. 159 p. – (CONASS Documenta, 26).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **NOTA TÉCNICA 25 | 2011 - Decreto 7.508/11 Regulamenta Lei 8.080/90**. – Brasília : CONASS, 2011. 26 p. – (CONASS Progestores). [Acesso em 2015 fevereiro 23]. Disponível em: [http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/nt\\_25%20\\_2011\\_decreto\\_7508.pdf](http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/nt_25%20_2011_decreto_7508.pdf)

CONASEMS. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde 2013 – 2016. – Brasília: CONASEMS, 2013. [Acesso em 2015 fevereiro 23]. Disponível: <http://164.41.147.224/conasems/portal25/Publicacoes/publicacoes/reflexoes-aos-novos-gestores-municipais-de-saude.pdf>.

\_\_\_\_\_. Revista CONASEMS, Brasília, n.º 44, maio/junho, 2012 [Acesso em 2015 fevereiro 23]. Disponível em: [http://164.41.147.224/conasems/portal\\_teste/GaleriaDeRevistas/revistas/Ed44.pdf](http://164.41.147.224/conasems/portal_teste/GaleriaDeRevistas/revistas/Ed44.pdf).

FREIRE, M.L.S e SANT'ANA, S.R.J. **A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO TOCANTINS: Uma descrição do processo de construção de 1988 a 2008**. Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde coletiva com ênfase em Planejamento do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009. 81 p.

LEVICOVTZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiane Vieira. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, Luciana Dias de. **“Federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde no Brasil”**. Em: Direito Sanitário (Elsevier, 2012).

LIMA, Luciana Dias et al. **Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 17(7):1903-1914, 2012.

MANSUR, Marília Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 116 p.

MENDES, Eugenio Vilaça e PESTANA, Marcus. **PACTO DE GESTÃO: Da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2004. 80 p.

NOLETO, Luiza Regina Dias, **Aplicação de Recursos Próprios em Ações e Serviços de Saúde no Estado de Tocantins (2006 a 2012)**. . Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Economia da Saúde da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013. 28p.

OUVERNEY, Assis Mafort. **Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal**. Administração em Diálogo, São Paulo, n.º 7, pp. 91-106, 2005.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de (Org.). **Qualificação de gestores do SUS** – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009.

SANTOS, Lenir. **SUS: A região de saúde é o caminho**. In: [http://www.idisa.org.br/img/File/regiao\\_de\\_saude\\_%C3%A9\\_o\\_caminho\\_22\\_1\\_2014.pdf](http://www.idisa.org.br/img/File/regiao_de_saude_%C3%A9_o_caminho_22_1_2014.pdf). Acessado em 19/02/2015.

SOUZA, Renilson Rehen de. **A regionalização no contexto atual das políticas de saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva* [on line]. vol.6, n.2, p. 451-455, 2001.

SOUZA, L. E. P. F.; VIANA, A. L. D. **Gestão do SUS: descentralização, regionalização e participação social**. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*, 2014. Cap. 19, p. 261-269.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury, OUYERNEY, Assis Mafort. **Gestão de Redes: A Estratégia de Regionalização da política de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 204p.

TEIXEIRA, C. F. **Descentralização do SUS: múltiplos efeitos, múltiplos olhares**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online] 2002; 7 (3): 423-426.

TREVISAN, Leonardo. **Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS**. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.41, n.2, p. 237-254, mar/abr, 2007.

## **ANEXOS**

## PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE

Atualizado em 03/12/2015

## Habilitação do Estado pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2002

Portaria GM/MS Nº 2.531, de 29/11/2004		
Ord.	Estado	Nível de Atenção
1	Tocantins	Gestão Plena do Sistema Estadual – GPSE

## Habilitação à Gestão Plena do Sistema Municipal, nos termos da Norma Operacional Básica - NOB 96

Portaria GM/MS Nº		
Ord.	Município	Nível de Atenção
1	GURUPI	Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM (Assumiram a Atenção Básica e a MAC)
2	ITACAJÁ	
3	NAZARÉ	
4	PARANÃ	
5	PALMEIRÓPOLIS	
6	PALMAS	
7	FORMOSO DO ARAGUAIA	
8	ALMAS	

\*08 municípios foram descentralizados na Média Complexidade pela NOB (Almas, Formoso do Araguaia, Gurupi, Itacajá, Nazaré, Palmas, Palmeirópolis e Paranã), no entanto, o município de Almas foi desabilitado pelo Ministério da Saúde.

## Habilitação à Gestão Plena da Atenção Básica, nos termos da Norma Operacional Básica - NOB 96 – Relação de Resoluções CIB do ano de 1998 por município:

Nº	DATA	ASSUNTO
001	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Paraíso
002A	15/Jan	Assinatura do Presidente da CIB-TO nas Resoluções e Deliberações
002B	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Araguaina
002C	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Araguaina
003	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Gurupi
004	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Abreulândia
005	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Brasilândia
006	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Caseara
007	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Araguatins
008	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Monte Santo
009	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Fortaleza do Tabocão
010	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Dianópolis
011	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Oliveira de Fátima
012	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Cristalândia
013	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal do Município de Palmas
014	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Xambioá
015	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de São Valério da Natividade
016	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Tupiratins
017	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Araguaçu
018	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Nova Olinda
019	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Santa Rita
020	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Rio do Sono
021	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Sucupira
022	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Aruanã
023	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Presidente Kennedy
024	15/Jan	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Lagoa do TO
025	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Esperantina
026	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Ponte Alta
027	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Araguacema
028	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Natividade
029	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Axixá
030	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Brejinho de Nazaré
031	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Aguiarnópolis
032	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Santa Maria
033	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Palmeirópolis
034	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Cachoeirinha

035	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Carmolândia
036	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Babaçulândia
037	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Santa Tereza
038	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Novo Acordo
039	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Luzinópolis
040	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Augustinópolis
041	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Alvorada
042	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Aragominas
043	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Itapiratins
044	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Pedro Afonso
045	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Divinópolis
046	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Goiatins
047	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Angico
048	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Dueré
049	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Aliança

050	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Chapada da Natividade
051	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Santa Fé do Araguaia
052	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Lavandeira
053	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Carri do TO
054	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Fátima
055	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Miracema
056	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Itaguatins
057	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Bernardo Sayão
058	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Combinado
059	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Lizarda
060	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de São Salvador
061	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Marianópolis
062	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Almas
063	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Muriciândia
064	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Sampaio

065	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Novo Alegre
066	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Palmeirante
067	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Praia Norte
068	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Tocantínia
069	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Rio da Conceição
070	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Pequizeiro
071	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Pindorama
072	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Chapada de Areia
073	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Porto Alegre
074	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Porto Nacional
075	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Santa Rosa
076	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Rio Negro
077	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Centenário
078	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Miranorte
079	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Lajeado

080	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Monte do Camo
081	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Guaraí
082	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Carrasco Bonito
083	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Peixe
084	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Bandeirantes
085	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Arraías
086	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Novo Jardim
087	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Campos Lindos
088	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Colinas
089	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Maurilândia
090	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Ponte Alta do Bom Jesus
091	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Aurora
092	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Palmeiras
093	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Bom Jesus
094	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Tocantinópolis

095	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Pugmil
096	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Jaú do TO
097	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Barrolândia
098	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Filadélfia
099	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Recursolândia
100	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Ipueiras
101	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de São Sebastião
102	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Crixás
103	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Riachinho
104	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Goianorte
105	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Nazaré
106	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Ananás
107	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Sítio Novo
108	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Barra do Ouro
109	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Tupirama

110	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Arapoema
111	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Juarina
112	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Colméia
113	04/Fev	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Dois Irmãos
114	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Buriti
115	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Couto Magalhães
116	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Itacajá
117	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Itaporã
118	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Lagoa da Confusão
119	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Nova Rosalândia
120	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Piraquê
121	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Taipas
122	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Talismã
123	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de São Bento
124	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Wanderlândia

125	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Pium
126	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Silvanópolis
127	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Mateiros
128	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Taguatinga
129	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Rio dos Bois
130	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Sandolândia
131	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de São Miguel
132	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Formoso do Araguaia
133A	06/Mar	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Santa Terezinha
133B	28/Abr	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Conceição
134	28/Abr	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Figueirópolis
135	28/Abr	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Paranã
136	28/Abr	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de São Félix
137	28/Abr	Pleito de Habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica do Município de Pau D'Arco

<b>Municípios Descentralizados Pelo Pacto Pela Saúde/2006</b>		
<b>Portaria GM/MS Nº 1.678, de 13/07/2007 (Pacto de Gestão)</b>		
<b>Ord.</b>	<b>Município</b>	<b>Nível de Atenção</b>
1	OLIVEIRA DE FÁTIMA	PAB
2	PALMEIRAS	PAB
3	SANTA RITA DO TO	PAB
4	SANTA TEREZA	MAC
5	TAIPAS DO TO	PAB
<b>Portaria GM/MS Nº 241, de 12/02/2008 (Pacto de Gestão)</b>		
6	ANGICO	PAB
7	ABREULÂNDIA	PAB
8	BARRA DO OURO	PAB
9	BERNARDO SAYÃO	MAC
10	CRIXÁS	MAC
11	DARCINÓPOLIS	MAC
12	ESPERANTINA	MAC
13	FORTALEZA DO TABOCÃO	MAC
14	IPUEIRAS	MAC
15	ITAPIRATINS	MAC
16	JUARINA	PAB
17	LAJEADO	MAC
18	LAVANDEIRA	MAC
19	LIZARDA	PAB
20	LUZINÓPOLIS	PAB
21	MATEIROS	MAC
22	MONTE SANTO	MAC
23	MURICILÂNDIA	PAB
24	NOVO JARDIM	PAB
25	PALMEIRANTE	PAB
26	PAU D'ARCO	MAC
27	PUGMIL	MAC
28	RECURSOLÂNDIA	PAB
29	RIO DA CONCEIÇÃO	MAC
30	RIO DOS BOIS	PAB
31	SAMPAIO	PAB
32	SANDOLÂNDIA	PAB
33	SANTA MARIA DO TO	PAB
34	SANTA ROSA DO TO	PAB
35	SANTA TEREZINHA DO TO	PAB
36	SÃO MIGUEL DO TO	MAC
37	SÃO SALVADOR	PAB
38	TUPIRATINS	PAB
39	TUPIRAMA	PAB
<b>Portaria GM/MS Nº 2.122, de 10/09/2009 (Pacto de Gestão)</b>		
40	ARAGUAINA	MAC
<b>Portaria GM/MS Nº 03, de 04/01/2010 (Pacto de Gestão)</b>		
41	AGUIARNÓPOLIS	PAB
42	ANANÁS	MAC
43	ARAGUANÃ	MAC
44	CHAPADA DA NATIVIDADE	MAC
45	FILADÉLFIA	MAC
46	BRASILÂNDIA	MAC
47	DOIS IRMÃOS	MAC
48	JAU	MAC

Ord.	Município	Nível de Atenção
<b>Portaria GM/MS Nº 716, de 05/04/2010 (Pacto de Gestão)</b>		
49	ALIANÇA	MAC
50	COLINAS	MAC
51	DIVINÓPOLIS	MAC
52	LAGOA DO TOCANTINS	MAC
53	MARIANÓPOLIS	MAC
54	SILVANÓPOLIS	MAC
55	TOCANTÍNIA	MAC
56	TOCANTINÓPOLIS	MAC
Ord.	Município	Nível de Atenção
<b>Portaria GM/MS Nº 1.084, de 11/05/2010 (Pacto de Gestão)</b>		
57	AXIXÁ	MAC
58	CHAPADA DE AREIA	MAC
59	COUTO MAGALHÃES	MAC
60	PIRAQUÊ	MAC
<b>Portaria GM/MS Nº 2.267, de 10/08/2010 (Pacto de Gestão)</b>		
61	SANTA FÉ	MAC
62	WANDERLÂNDIA	MAC
<b>Portaria GM/MS Nº 3.444, de 11/11/2010 (Pacto de Gestão)</b>		
63	APARECIDA DO RIO NEGRO	MAC
64	BABAÇULÂNDIA	MAC
65	BARROLÂNDIA	MAC
66	NOVO ALEGRE	MAC
67	PEQUIZEIRO	MAC
<b>Portaria GM/MS Nº 581, de 28/03/2011 (Pacto de Gestão)</b>		
68	CRISTALÂNDIA	MAC
69	PARAÍSO	MAC
<b>Portaria GM/MS Nº 1093, de 12/05/2011 (Pacto de Gestão)</b>		
70	ARAGUATINS	MAC
71	PIUM	MAC
72	PRESIDENTE KENNEDY	MAC
<b>Portaria GM/MS Nº 1971, de 18/08/2011 (Pacto de Gestão)</b>		
73	DUERÉ	MAC
74	FORMOSO DO ARAGUAIA	MAC
75	NOVA ROSALÂNDIA	MAC
<b>Portaria GM/MS Nº 2.583, de 01/11/2011 (Pacto de Gestão)</b>		
76	CASEARA	MAC
77	MONTE DO CARMO	MAC
78	NOVA OLINDA	MAC
<b>Portaria GM/MS Nº 390, de 07/05/2012 (Pacto de Gestão)</b>		
79	COLMÉIA	MAC
80	GUARÁI	MAC
81	ITAPORÃ	MAC
82	PEIXE	MAC
83	RIACHINHO	MAC
84	TALISMÃ	MAC

**Municípios Descentralizados pelo Decreto 7.508/11**

<b>Portaria SAS Nº 1.052, de 27/09/2012 (COAP)</b>		
1	PORTO NACIONAL	MAC
2	GURUPI	MAC
3	PALMAS	MAC
<b>Portaria SAS Nº 1109, de 20/10/2014 (COAP)</b>		
4	COMBINADO	MAC
<b>Portaria SAS Nº 161, de 23/02/2015 (COAP)</b>		
5	TAGUATINGA	MAC
<b>Portaria SAS Nº 1105, de 16/10/2015 (COAP)</b>		
6	BREJINHO DE NAZARÉ	MAC
7	SÍTIO NOVO	MAC
<b>CIB Outubro de 2015 (COAP) - Ainda não publicou Portaria</b>		
8	CONCEIÇÃO	MAC

