



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

EVELIN DE NAZARÉ MENDES FARIAS

**REGIONALIZAÇÃO DO SUS: O desenvolvimento na Região de
Saúde do Tapajós**

Itaituba - PA

2021

EVELIN DE NAZARÉ MENDES FARIAS

**REGIONALIZAÇÃO DO SUS: O desenvolvimento na Região de
Saúde do Tapajós**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Mestre Cleidson Colares Batista

Itaituba - PA

2021

EVELIN DE NAZARÉ MENDES FARIAS

**REGIONALIZAÇÃO DO SUS: O desenvolvimento na Região de
Saúde do Tapajós**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Mestre Cleidson Colares Batista.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof. Mestre Cleidson Colares Batista

Avaliador : _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Nome, titulação

Resultado: _____ Média: _____

Data: ____ de Abril de 2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Ele, nada seria possível e com certeza não estaria aqui desfrutando de momentos tão importantes como esse.

À família que sempre confiou e acreditou em meu potencial.

Ao professor, mestre e orientador Cleidson Colares Batista por seu apoio e inspiração no amadurecimento dos conhecimentos e conceitos que levaram a execução e conclusão desta monografia.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, nossos sinceros agradecimentos.

*...um dia descobrimos que apesar de
viver quase 100 anos, esse tempo
todo não é suficiente para
realizarmos todos os nossos sonhos,
para dizer tudo o que tem de ser
dito... O jeito é: ou nos conformamos
com a falta de algumas coisas na
nossa vida ou lutarmos para realizar
todas as nossas loucuras...*

(Mário Quintana).

RESUMO

A Regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) passa por avanços relacionados à Região de Saúde do Tapajós. Há muitos anos, o grande fluxo de paciente/clientes para Itaituba vindo dos municípios circunvizinhos, entre outros, era uma das maiores dificuldades da gestão dos serviços de saúde pública do município. O principal objetivo deste trabalho é compreender os avanços organizacionais e resolutivos da regionalização do SUS para a população de Itaituba-PA. A tomada de decisões efetiva reflete na gestão do município de Itaituba, para isso, é necessário o conhecimento de informações legais referentes às diretrizes organizacional do SUS, sobre tudo da diretriz regionalização. A metodologia da pesquisa, por meio de uma revisão bibliográfica possibilitou uma análise da organização da região de saúde do Tapajós e do município de Itaituba como polo da região, localizado a sudoeste do Estado do Pará. A análise permitiu detectar os avanços dos acontecimentos atuais frente à efetivação da diretriz regionalização do SUS, baseada em referências bibliográficas foi possível, a partir da revisão e análise dos acontecimentos, perceber que a oficialização da Região de Saúde do Tapajós, torna-se o município de Itaituba legalmente polo da região, mas ainda têm grandes dificuldades de proporcionar os atendimentos aos demais municípios da região. Este estudo contribuiu para mostrar a organização do SUS, a diretriz organizacional regionalização, a realidade do sistema de saúde de Itaituba e os avanços com base na organização legal e constitucional do SUS nacional.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Diretrizes Organizacionais. Região de Saúde do Tapajós.

ABSTRACT

The Regionalization of the Unified Health System (SUS) is undergoing advances related to the Tapajós Health Region. Many years ago, the large flow of patients / clients to Itaituba from the surrounding municipalities, among others, was one of the greatest difficulties in the management of public health services in the municipality. The main objective of this work is to understand the organizational and resolute advances in SUS regionalization for the population of Itaituba-PA. Taking effective measures in the management of the municipality of Itaituba, for this, it is necessary to know legal information regarding the organizational guidelines of SUS, above all the regionalization guideline. The research methodology, through a bibliographic review that enabled an analysis of the organization of the Tapajós health region and the municipality of Itaituba as the region's hub, located southwest of the State of Pará. The analysis detects the progress of current events in front of the implementation of the SUS regionalization guideline, based on bibliographic references, was possible, based on the review and analysis of events, perceived that the officialization of the Tapajós Health Region, becomes the municipality of Itaituba legally pole of the region, but still has great difficulties in providing assistance to other municipalities in the region. This study contributed to show the organization of the SUS, the organizational guidelines for regionalization, the reality of the health system in Itaituba and the advances based on the legal and constitutional organization of the national SUS.

Keywords: Unified Health System (SUS). Health Pact. Tapajós River Health Region.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Ginásio da 8ª Conferência Nacional de Saúde em março de 1986.	17
Figura 2 - Ginásio da 8ª Conferência Nacional de Saúde em março de 1986.	22
Figura 3 - Constituição de 1988.	23
Figura 4 - Fluxograma da Organização Regionalizada do SUS. Legenda: "M" – Município.	30
Figura 5 - Mapa das Regiões de Saúde do Estado do Pará.	32
Figura 6 - Mapa da Macrorregião Oeste do Estado do Pará.	33
Figura 7 - Demografia da região do Tapajós.	34
Figura 8 - Hospital Regional do Tapajós.	35
Figura 9 - Fluxograma da Organização da Rede de atenção de Saúde de Itaituba, Estado do Pará.	37
Figura 10 - Rede de atenção à saúde.	38

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Distribuição das bibliografias segundo o título, autor e ano e tipo de publicação.	44
--	----

LISTA DE SIGLAS

AIS	- Ações Integradas de Saúde
CGR	- Colegiado Gestor Regional
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
CONASP	- Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
DNS	- Departamento Nacional de Saúde.
GPAB	- Gestão Plena da Atenção Básica
GPAB-A	- Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada
GPSM	- Gestão Plena de Sistema Municipal
HMI	- Hospital Municipal de Itaituba
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
MS	- Ministério da Saúde.
NOAS	- Normas Operacionais de Assistência à Saúde.
NOB-SUS	- Normas Operacionais do SUS
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
POI	- Programação e Orçamento Integrada
SNS	- Sistema Nacional de Saúde
SUDS	- Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCGM	- Termo de Compromisso de Gestão Municipal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	16
2.2 CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988	23
2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	26
2.3.1 Princípios do Sistema Único de Saúde	27
2.4 REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	27
2.5 MACRORREGIÃO OESTE DO ESTADO DO PARÁ.....	33
2.6 REGIÃO DE SAÚDE DO RIO TAPAJÓS	34
2.7 SISTEMA DE SAÚDE DE ITAITUBA	36
2.7.1 Estrutura, organização e funcionamento.	36
3 METODOLOGIA	40
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	40
3.2 ABRANGÊNCIA DO ESTUDO.....	41
3.3 COLETA DE DADOS	41
3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS.....	51

1 INTRODUÇÃO

Antes do advento da regionalização da Região de Saúde do Tapajós, as organizações se baseavam basicamente em fluxos geográficos e grandes ausências de serviços de saúde na região. Geralmente existia a figura da Fundação Nacional de Saúde (FNS), conhecido como Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESP), com a municipalização do sistema de saúde de Itaituba-PA ocorrida no ano de 2000 se tornou Hospital Municipal de Itaituba (HMI), que era a referência de assistência à saúde da região, responsável em prestar assistência à saúde da população de todos os municípios, atualmente organizados conforme a regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) em Região de Saúde do Tapajós (ITAITUBA, 2018).

Previamente, a organização da demanda exigia um grande esforço por parte dos gestores. A informalidade, a “facilidade de acesso” e a justificativa de que Itaituba era o centro com maior possibilidade de solução. Por exemplo, Nas décadas de 80 e 90 em qualquer necessidade de saúde, trazer para Itaituba era uma tarefa trivial, pois as secretarias de saúde não eram responsabilizadas na prática e o SUS não existia, aumentando a probabilidade de atendimentos aleatórios (PARÁ, 2008).

A partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a saúde passa a ser reconhecida como direito social e dever do Estado, da qual vem sendo buscada efetivamente através de medidas de reorganização do setor saúde que viabilizem os princípios e diretrizes estabelecidas na Carta Constitucional para a implementação do SUS no país (BRASIL, 1988).

Com o advento do SUS o Estado, ampliou o acesso aos serviços de saúde para a população que até então estava desamparada pelo poder público. O aumento da demanda nas Unidades de Saúde, a dificuldade em ordenar os atendimentos dos usuários, somado à dificuldade de gestão dos diversos recursos tais como: materiais; finanças; recursos humanos; informações; tecnologias; os processos; ou atividades envolvidas na prestação do serviço à população eram grandes, pois a descentralização era algo novo (BRASIL, 2003).

Portanto, busca-se fazer a revisão da literatura e evidenciar os avanços e resultados desse processo de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua existência a partir da Constituição Federal de 1988, dando ênfase no Princípio Organizacional Regionalização, ou seja, o tema que norteia o presente trabalho, com a seguinte premissa:

O quanto está efetivo o processo de regionalização na Região de Saúde do Tapajós?

Quais os avanços que a regionalização do SUS proporcionou na assistência a saúde da população da Região do Tapajós?

Este estudo tem por objetivo geral compreender os avanços organizacionais e resolutivos da regionalização do SUS para Região de Saúde do Tapajós. Como objetivos específicos apresentar os princípios do SUS; compreender a organização regionalizada do SUS; Identificar os benefícios para os usuários do SUS, bem como a melhoria na estrutura de saúde pública do Município de Itaituba – PA.

Através do conhecimento dos princípios do SUS pretende-se contribuir na melhoria do fluxo de atendimento na Região de Saúde do Tapajós, colaborar para minimizar os problemas da população relacionados ao desconhecimento da organização do SUS para viabilizar o acesso universal, principalmente quanto à existência da regionalização do sistema para facilitar o prosseguimento do atendimento gratuito.

A revisão bibliográfica da organização do SUS, bem como a regionalização no processo de organização regional contribuiu com gestão dos municípios da região e oferta para população conhecimento dos serviços de saúde disponibilizados para população na região do Tapajós (BRASIL, 2013).

A escolha da Região de Saúde do Tapajós para este estudo se deve ao fato de que a Faculdade de Itaituba está no município polo, ou seja, Itaituba, e o município desde 2018 estão vivenciando a organização efetiva do princípio da regionalização do SUS e esse histórico momento cria a expectativa de melhorias significativa na assistência aos usuários, sobretudo na solução de problemas de saúde de média e alta complexidade.

A relevância desse trabalho é dada pelos poucos estudos sobre os resultados obtidos com a efetivação da regionalização do SUS na Região de Saúde do Tapajós. A maioria dos trabalhos publicados ressalta o impacto e a importância da regionalização no geral, mas não apresenta a organização regional específica nesse estudo, a região de saúde do Tapajós.

Para a melhor realização do trabalho, foram utilizadas as seguintes técnicas de pesquisa: busca de informações em sites oficiais do governo municipal, estadual e federal com o intuito de obter dados qualitativos e quantitativos confiáveis, pesquisa documental, bibliográfica também usando a internet.

O trabalho está ordenado em cinco capítulos, primeiro é a introdução que apresenta conceitos e características relacionadas aos assuntos deste trabalho:

Sistema Único de Saúde (SUS), Regionalização do SUS, Região de Saúde do Tapajós e Sistema de Saúde de Itaituba.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O resgate histórico é fundamental para compreendermos a importância da organização do sistema único de saúde do Brasil frente ao processo de regionalização, para isso devemos conhecer mais detalhadamente a Política de Saúde Pública, o Sistema Único de Saúde (SUS), identificar pontos essenciais que interfere na resolutividade e garanti na prática os princípios do SUS, por outro lado conhecer a região de saúde do tapajós e o sistema de saúde do polo da região são informações que nos subsidiará na adequada compreensão do desenvolvimento da região de saúde do Tapajós.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Ao se pensar em política pública de saúde, há de se entender também sobre o processo histórico. Embora a história da Saúde Pública no Brasil tenha início em 1808, a presente pesquisa sobre a construção dessa política refere-se em períodos a partir das décadas de 1930 e 1940. Será apresentado de forma sucinta os vários modelos assistenciais que sucederam para que se chegasse à formulação de uma política de saúde pública no Brasil (SÉRGIO, 2007).

Na década de 1930 o modelo assistencial foi de caráter parcial direcionada aos trabalhadores de carteira assinada, ou seja, eram destinadas a membros da comunidade que tinham ocupações definidas em lei e pagavam a Previdência Social, a assistência era oferecida através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que, contando com financiamento parcial do Poder Executivo, constituíram as principais organizações de política social no País (CARVALHO, 1998).

A "saúde pública" era seletiva, pois não era direitos de todos, mas a assistência médica era permitida apenas para uma parcela da comunidade nacional que tinha carteira de trabalho assinada e contribuía para a Previdência. Dessa forma, acabaram excluídos da cidadania todos os indivíduos que não possuíam ocupação reconhecida por lei, como os trabalhadores da área rural e os trabalhadores urbanos cujas ocupações não estavam reguladas (SÉRGIO, 2007).

A criação do Ministério da Educação e Saúde deu-se no âmbito do governo Getúlio Vargas, a construção do prédio ocorreu entre 1936 e 1945 e o edifício foi entregue em 1947, é um edifício público localizado no centro da cidade do Rio de Janeiro, à Rua da Imprensa, nº 16 (PAIM, 2088).



Figura 1 Prédio do Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 1953.
Fonte: Crédito: Acervo de Marcos Leite Almeida (16/03/2004).

Em 25 de julho de 1953, foi instituído o Ministério da Saúde, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: da Saúde; da Educação e Cultura. A partir da sua criação, o Ministério da Saúde (MS) passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existente (SÉRGIO, 2007).

O Ministério limitava-se a ação legal e a mera divisão das atividades de saúde e educação, antes incorporadas num só Ministério. A criação do Ministério da Saúde fortalecer e consolida a estruturação da saúde pública do Brasil, se tornou a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, os recursos continuavam distribuídos por vários Ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, mas desde então começou a pensar em um Sistema de Saúde Único com acesso universal e integral aos serviços de saúde pública (ARRETCHE, 2002).

No início dos anos 60, a desigualdade social, marcada pela baixa renda per capita e a alta concentração de riquezas, ganha dimensão no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. Os planejamentos de metas de crescimento e de melhorias conduziram o que alguns pesquisadores intitularam como a grande panacéia dos anos 60 (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

A partir de 1960 foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que promoveu a uniformização dos benefícios, ou seja, padronizou os serviços de saúde a todos os segurados, independentemente do instituto a que estivessem filiados, porém não foi seguida a unificação dos institutos e nem significou a universalização da atenção à saúde para toda população, o resultado foi o aumento da irracionalidade na prestação de serviços (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Dessa forma, desenvolveu-se uma força em resposta à demanda crescente por serviços de atenção individual, a política previdenciária de saúde, à época, já apresentava como características marcantes uma elevada concentração de rede própria nas grandes cidades do país e o caráter exclusivamente curativo do modelo de atenção médica. Em 1961, o planejamento global e o planejamento em saúde. As propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada pelos sanitaristas desenvolvimentistas tiveram marcos importantes, como a formulação da Política Nacional de Saúde na gestão do então ministro, Estácio Souto-Maior (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

De acordo com Arretche (2002) em 1963, outro marco da história da saúde no âmbito ministerial ocorreu, com a realização da III Conferência Nacional da Saúde (CNS), convocada pelo ministro Wilson Fadul, árduo defensor da tese de municipalização, a Conferência propunha a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalidade.

Em 1966 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pelo governo militar, unificando todas as instituições previdenciárias setoriais, significou para a saúde previdenciária a consolidação da tendência à contratação de produtores privados de serviços de saúde, como estratégia dominante para a expansão da oferta de serviços. Progressivamente, foram sendo desativados e/ou sucateados os serviços hospitalares próprios da Previdência Social, ao mesmo

tempo em que era ampliado o número de serviços privados credenciados e/ou conveniados, as consequências dessa política privatizante apareceram rapidamente, corroendo a capacidade gestora do sistema e reforçando a sua irracionalidade (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Em 25 de fevereiro de 1967, com a implantação da Reforma Administrativa Federal, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde fosse o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel, além disso, o custo do sistema, tanto em razão da medicina curativa, como em função da compra de serviços pela Previdência Social, realizada por meio das chamadas unidades de serviços (US), que, além de valorizarem os procedimentos mais especializados e sofisticados, eram especialmente suscetíveis a fraudes, cujo controle apresentava enorme dificuldade técnica (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

De acordo com Pain (2008) a década de 1970 foi marcada por uma ampliação constante da cobertura do sistema, o que levou ao aumento da oferta de serviços médico-hospitalares e, conseqüentemente, a uma pressão por aumento nos gastos, ao mesmo tempo, foram intensificados os esforços de racionalização técnica e financeira do sistema, a partir de 1974 tentaram disciplinar a oferta de serviço de saúde e universalizar o atendimento médico através do Plano de Pronta Ação, foi reforçado com a promulgação da Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975 que criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Em relação à política pública de saúde, essa lei atribuiu ao Ministério da Saúde (MS) a sua formulação, bem como a promoção ou execução de ações voltadas para o atendimento de interesse coletivo, enquanto o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), por meio do INPS (depois INAMPS), foi responsabilizado, principalmente, pelas ações médicas assistenciais individualizadas. (BRASIL, 1975, Art. 1º), mas não tiveram êxito (PAIM, 2008).

E curiosamente, tais tentativas disciplinadoras, além de terem apresentado baixo impacto em termos de racionalização da oferta, causaram o efeito paradoxal de expandi-la, já que propunha a remoção de barreiras burocráticas para o atendimento médico, o que na prática viabilizou o atendimento a clientela não previdenciárias, representando uma espécie de universalização informal do acesso (BRASIL, 2003).

Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), fato que deu um alvoroço de contradições do sistema

previdenciário, cada vez mais pressionado pela crescente ampliação da cobertura e pelas dificuldades de reduzir os custos da atenção médica no modelo privatista e curativo vigente, foi então que criou uma nova autarquia que representou, assim como o conjunto do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), um projeto modernizante, racionalizador, de reformatação institucional de políticas públicas (OCKÉ-REIS, 2011).

Sob a orientação de uma lógica sistêmica, o INAMPS pretendeu simultaneamente articular as ações de saúde entre si e elas com o conjunto das políticas de proteção social. No primeiro caso, por meio do Sistema Nacional de Saúde (SNS); no segundo caso, por meio do SINPAS. Como componente simultâneo do SNS e do SINPAS, esperava-se do INAMPS o cumprimento do papel de braço assistencial do sistema de saúde e de braço da saúde do sistema de proteção social (OCKÉ-REIS, 2011).

Fleury e Ouverney (2008) na década de 1981, consideram que houve um agravamento da crise financeira da Previdência Social provocou uma intensificação do esforço de racionalizar a oferta de serviços, o que acentuou a tendência anterior de integração da rede pública de atenção à saúde, nesse sentido, o marco inicial desse período foi à criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), por meio do Decreto n. 86.329/81. Estabeleceu um conjunto de medidas racionalizadoras, fixou parâmetros de cobertura assistencial e de concentração de consultas e hospitalizações por habitante, além de medidas para conter o credenciamento indiscriminado de médicos e hospitais (Portaria n. 3.046, de 20 de julho de 1982).

Sob a pressão da crise financeira foi gestado, no interior da Previdência Social e do INAMPS, um processo de reforma que, embora inicialmente movido pela necessidade de contenção financeira, terminou ampliando e incorporando elementos críticos sobre a estrutura do sistema, fosse pelo seu caráter privatista, fosse pelo seu caráter médico-hospitalocêntrico (FLEURY; OUVERNEY, 2008).

Em 1984, foi construída a base técnica e foram formulados os princípios estratégicos que resultaram nas mudanças institucionais ocorridas no final da década, na Secretaria de Planejamento do INAMPS, encarregada de cuidar dos recursos financeiros e legais da relação com os Estados e os Municípios, foram elaborados os instrumentos precursores do que seria um planejamento nacional integrado das ações de saúde, pactuado entre as três esferas governamentais. A chamada Programação e Orçamento Integradas (POI) desempenhou um papel

pioneiro na consideração dos Estados e Municípios como co-gestores do sistema de saúde, isso aconteceu em um quadro de perda crescente de legitimidade social e política do sistema, em razão de sua ineficiência e de sua baixa efetividade, e foi viabilizado pela presença de técnicos e intelectuais progressistas no interior da máquina burocrática, inspirados nas propostas de equidade e expansão do direito à saúde, então sintetizados no lema internacional "Saúde para Todos até o Ano 2000" (OCKÉ-REIS, 2011).

Nesta época assume-se a proposta das Ações Integradas de Saúde (AIS) como componente originalmente subalterno do Plano do CONASP e como redefinição democratizante de uma política racionalizadora que passou a ter mais espaço com o avanço das lutas democráticas, as AIS demarcaram, também, o início de um processo de coordenação interinstitucional e de gestão colegiada entre as esferas de governo e entre os órgãos setoriais do governo federal, com advento da Nova República, em 1985, representou a derrota da solução ortodoxa privatista para a crise da Previdência Social e o predomínio de uma visão publicista, comprometida com a reforma sanitária, o comando do INAMPS foi assumido pelo grupo progressista, que disseminou os convênios das AIS por todo o País, esse movimento de expansão das AIS (PAIN, 2008).

No biênio 1985/1986, correspondeu ao período de maior efervescência dos debates sobre as formas de organização das políticas sociais na Nova República, que terminaram por fazer prevalecer a estratégia da descentralização de competências, de recursos e de gerência relativos aos diversos programas setoriais. Expresso no I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República, o princípio da descentralização, cuja implementação foi liderada pela Saúde, ao mesmo tempo em que impulsionou e fortaleceu o modelo de reorganização da assistência expresso pelas AIS, começou a colocar em "xeque" o próprio INAMPS, uma vez que nele permaneceu concentrado um amplo poder baseado principalmente no monopólio do relacionamento com o setor privado, que continuava representando a maior parte tanto da oferta hospitalar quanto dos recursos financeiros (FLEURY; OOVERNEY, 2008).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada de 17 a 21 de março, alcançou grande representatividade e cumpriu o papel de sistematizar tecnicamente e de disseminar politicamente um projeto democrático de reforma sanitária voltado à universalização do acesso, à equidade no atendimento, à integralidade da atenção, à unificação institucional do sistema, à descentralização, à

regionalização, à hierarquização da rede de serviços e à participação da comunidade, a proposta era a elaboração de um Sistema Único de Saúde para os brasileiros (SÉRGIO, 2007).

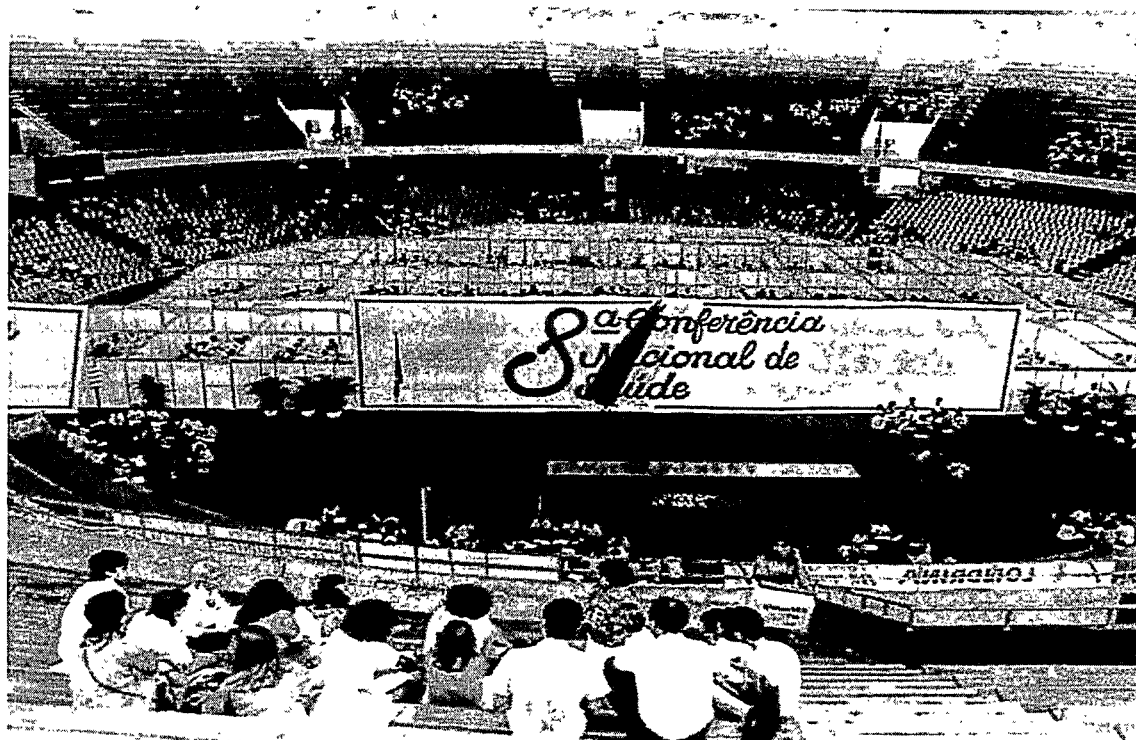


Figura 2 Ginásio da 8ª Conferência Nacional de Saúde em março de 1986.

Fonte: Crédito: Acervo da Coordenação de Comunicação Social/Fiocruz. Biblioteca virtual Sérgio Arouca. Disponível em: www.bibliotecavirtual.gov.br. Acesso em 23 de setembro de 2020.

Em 20 de julho de 1987, foi criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), por meio do Decreto nº. 94.657, os debates e as iniciativas de reorganização do pacto federativo no País, assim como os resultados eleitorais de novembro de 1986, criaram o clima favorável a essa medida que apontava os Estados e os Municípios como os principais responsáveis da gestão do futuro sistema de saúde, o programa dos SUDS representou a extinção legal da ideia de assistência médica previdenciária, redefinindo as funções e atribuições das três esferas gestoras do sistema de saúde pública, reforçando a regionalização e descentralização, restringindo o nível federal apenas às funções de elaboração, coordenação, planejamento, supervisão, normatização e regulamentação do relacionamento com o setor privado (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

De acordo com José Noronha (NORONHA; PEREIRA; VIACAVA, 2005), secretário de Medicina Social do INAMPS, à época:

O SUDS é o estágio evolutivo das AIS. (...) É essa a idéia do SUDS (...) a transferência de recursos do INAMPS para os serviços do Estado, mediante convênios. Não por prestação de serviços, mas em função de uma programação integrada. (...) A idéia é que os Estados devam coordenar o processo de municipalização (...).

2.2 CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988

No final da década de 80 em diante, destaca-se a promulgação da Constituição Federal de 1988, a Constituição Cidadã que criou o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003).



Figura 3 Constituição de 1988.

Fonte: http://www.diariodecontagem.com.br/fotos/materias/29122016032824_constituicao-de-1988-1.jpg. Acesso em: 19 set. 2020.

Seção II, DA SAÚDE da Constituição Federal (CF) de 1988, os artigos de 196 a 200 tratam das diretrizes do sistema de saúde público brasileiro e determina que o sistema deva ainda obedecer aos princípios doutrinários e organizativos (BRASIL, 1990).

Princípios Doutrinários:

Universalidade – é o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, é um princípio finalístico, ou seja, é um importantíssimo ser alcançado é uma das características permanente do sistema deve ser respeitado, para que o SUS seja universal é preciso um processo de universalização, isto é, um processo

contínuo de extensão de disponibilidade dos serviços, de modo que venham, gradativamente, a se tornar acessíveis a todos (BRASIL, 1988).

Integralidade - diz respeito a todas as ações possíveis de realizar para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência curativa e reabilitação implicando a sistematização das práticas que devem ser ofertadas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento as necessidades de saúde da população, busca a partir deste princípio um modelo de atenção integral à saúde do indivíduo (BRASIL, 1988).

Equidade - a noção de equidade é a necessidade de se dar atenção diferente aos com maior necessidade, considerar os benefícios para igualar as diferenças e atender de forma igualitária a todos, de modo a oferecer a igualdade de oportunidades para o cidadão resolver seu problema de saúde, o ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da diversidade entre as pessoas e as injustas sociais e isso leva a uma desigualdade entre os usuários, em saúde as desigualdades sociais se apresentam como a vulnerabilidade e suscetibilidade diante do adoecer e do morrer, diminuir a desigualdade na assistência e garantir condições de vida e saúde para todos de forma equânime (BRASIL, 1988).

Princípios Organizativos:

Descentralização - implica na organização de poder e responsabilização das decisão dos poderes constituídos sobre a política de saúde do Brasil, nas três esfera de governo federal (MS), estados (SES) e municípios (SMS), sendo que essas responsabilidades são transferidas através das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à gerência político administrativa do SUS em cada território sob sua responsabilidade (nacional, estadual, municipal) (BRASIL, 1990).

Regionalização – é o princípio organizativo que delimita a base territorial de atuação do SUS em determina região para garantir o funcionamento do sistema de saúde racional, leva em consideração a divisão político- administrativa do país, mas também contempla a abrangência de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, conforme o desenvolvimento geográfico (BRASIL, 1990).

Hierarquização – dar a possibilidade de organização da rede de serviços de forma que atenda os três níveis de atenção, de acordo com o grau de complexidade tecnológica dos serviços, esse princípio organiza e articula todos os serviços do mais simples aos mais complexas, através de vários instrumentos de gestão e assistência é um processo que estabelece a hierarquizadas da rede e defini vínculos

entre as esferas de governo com direção única em graus distintos de complexidade do serviço de saúde, exemplo: referência e contra-referência, tratamento fora de domicílio (BRASIL, 2003).

Integração – garantir que as ações promocionais, preventivas e curativas sejam ofertadas de forma integral, possibilitar que os serviços contemple as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde, baseado na história natural da doença ou sobre condições de vida, riscos e danos à saúde do indivíduo, e esse princípio também é conhecido como “integralidade” e “integração” da rede de atenção do SUS (BRASIL, 2003)

Segundo a Constituição Federal de 1988 no seu Artigo 196, Seção II, DA SAÚDE.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário...

Assim garante atendimento universal, igualitário e integral nas unidades de saúde, ambulatoriais, laboratórios, clínicas, hospitais públicos, filantrópicos ou privados contratados, em visitas domiciliares e mediante ações individuais e coletivas de saúde a todos os cidadãos brasileiros que dele precisar (BRASIL, 2015).

Essas ações e serviços de saúde está sob gestão pública são organizadas em redes regionalizadas e hierarquizadas em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo, o SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2007).

Então, em 1990, ocorre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da 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”.

Na Lei nº 8.080 tornou-se a Lei Orgânica do SUS onde estão descritos os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão; a competência e atribuições da direção nacional, estadual e municipal do SUS. (BRASIL, 2011).

Como a Lei 8.080 não tratou da participação da sociedade na gestão do SUS, nem sobre as transferências dos recursos financeiros, foi necessária a criação da Lei complementar nº 8.142, que dispõe sobre esses assuntos, além disso, foram instituídos a conferência de saúde e os conselhos de saúde, sendo essas instâncias colegiadas que fazem e garantem o controle social do SUS, assim estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, essas leis foram complementadas por Normas Operacionais Básicas (BRASIL, 2011).

2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Quando nos deparamos com o tema saúde pública nos damos conta de que é um tema bastante complexo, tendo em vista que não ocorre com a saúde relação mercadológica de venda, assim como em determinados setores; todas as mudanças na saúde pública visando sua melhoria afetarão cada usuário de forma significativa; a qualidade dos serviços é um direito de cada cidadão, e muitos só está presente quando surge o personagem das relações econômicas (CARVALHO, 1998).

A Constituição Federal Brasileira estabelece que a saúde seja um dever do Estado, aqui, deve-se entender Estado não apenas como o governo federal, mas como poder público, abrangendo a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios (BRASIL, 2003).

A Lei Federal nº. 8.080/90 determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

- I. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II. no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- III. no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) estabelece em seu artigo 15 as atribuições comuns das três esferas de governo, de forma bastante genérica e abrangendo vários campos de atuação, esse processo tem sido orientado pela Legislação do SUS e pelas Normas Operacionais que, ao longo do tempo, têm definido as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios possam assumir suas funções no processo de implantação do SUS (BRASIL, 1990).

2.3.1 Princípios do Sistema Único de Saúde

O SUS deve ser organizado conforme os princípios doutrinários: universalidade, integralidade, equidade e organizacionais: descentralização, regionalização, hierarquização, que norteiam a rede de atenção a saúde organizada com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistência e suas ações e serviços devem prestar atenção básica, média e alta complexidade (BRASIL, 2015).

Definir o papel e as atribuições dos gestores do SUS nas três esferas de governo significa identificar as especificidades da atuação no que diz respeito a cada uma dessas macrofunções gestoras, de forma coerente com a finalidade de atuação do Estado em cada esfera governamental, com os princípios e os objetivos estratégicos da política de saúde, e para cada campo da atenção na saúde, promoção da saúde, articulação intersetorial, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, entre outros (REZENDE, 2005).

2.4 REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Após as definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.080/90, iniciou-se o processo de organização do Sistema Único de Saúde. Desde o início este processo vem sendo orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais, foram publicadas as seguintes Normas Operacionais Básicas: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96. Em 2001, foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS-SUS 01/01), que foi revista e publicada em 2002, como Norma Operacional da Assistência à Saúde 2002 (NOAS-SUS 01/02).

A NOAS/2001 evidencia a organização da regionalização do SUS e estabelece o processo de regionalização, assim como institui o Plano Diretor de Regionalização, para o aprofundamento desse processo do ponto de vista do princípio da descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente centrados aos territórios municipais (BRASIL, 2001).

O Governo Federal estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, por isso Institui o Plano Diretor de Regionalização – PDR como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado (BRASIL, 2001).

As constituições das regiões devem obedecer alguns critérios, tais como: contiguidade intermunicipal; a existência, entre esses municípios, de alguma identidade social, econômica e cultural; a existência de um sistema de transporte e de comunicação entre os municípios e as regiões; a identificação dos fluxos assistenciais e a avaliação da disponibilidade de recursos humanos, físicos, equipamentos e insumos em escala adequada à qualidade e ao acesso (BRASIL, 2015).

O SUS em sua trajetória muda constantemente, de tempo em tempos, por meio de reformas incrementais que se materializaram em normas operacionais, como os descritos anteriormente. Essas normas distanciaram o SUS dos compromissos sanitários, com a necessidade de reaver tais compromissos. O Ministério da Saúde publica em 22 de março de 2006 a portaria nº. 399 que divulga o Pacto pela Saúde em 2006, este passa ser o novo instrumento de gestão. (BRASIL, 2011).

No contexto do Pacto pela Saúde, que retoma a discussão da regionalização e, a partir da experiência das NOAS 2001/2002, propõe um movimento dinâmico e flexível, indicando, para tal, espaços regionais de planejamento e gestão compartilhada entre os gestores municipais e estaduais, por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), visando à implementação da regionalização solidária e cooperativa (BRASIL, 2003).

Percebe-se claramente que o conceito de sistema único exige uma organização extremamente hierarquizada para atender os princípios e diretrizes e automaticamente se exige uma regionalização desse sistema, não somente por tentar suprir as necessidades financeiras, entre outros fatores já citados, ser vê observa também que tal processo, terá mais êxito com as articulações e mobilizações municipais tendo como objetivo a construção do SUS municipal integrado a proposta ideológica do Sistema Único de Saúde brasileiro (BRASIL, 2007).

Por outro lado, hoje é visível que o chamado Pacto pela Saúde reafirma a regionalização como eixo estruturante e orienta a descentralização das ações e serviços de saúde como solução para muitos dos problemas que depois de décadas

de existência do SUS ainda permanecem, então os processos de negociação e pactuação entre os gestores ocorre em espaços oficiais conhecidos como colegiado gestor (BRASIL, 2007).

É regulamentado através da Lei 8.080/1990 que estabelece acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1998).

“[...] a) dar ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços”.

Desde então, a regionalização da saúde passa a ser discutida, estando em constância construção, sendo para isto, interessante ser feito algumas referências:

g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (NOB-SUS 01/93, BRASIL, 1993).

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional fortalecendo a regionalização (NOB-SUS 01/96, BRASIL, 1996).

[...] a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais [...].

Por tanto, o que se entende é que atualmente os rumos tomados têm sido nesse direcionamento municipal, porém o conceito de regionalização depois de duas décadas foi colocado em prática na nossa região com a formalização e criação da Região de Saúde do Rio Tapajós, essa situação provocou uma maior responsabilidade e autonomia dos municípios, o que por sua vez, modifica as relações dentro da região de saúde, pois os gestores se sentem mais seguros para estabelecer uniões e reduzir os custos e garantir as diretrizes e princípios do SUS para gestão e a população do seu município (BRASIL, 2006a).

Entretanto, a cooperação entre os municípios está longe de ser uma questão trivial, tendo sido objeto de normas ministeriais que fixaram incentivos para organizar

serviços de abrangência regional e, gradativamente, a regionalização esta ocorrendo entre sistemas municipais de saúde da região em questão (BRASIL, 2003).

As grandes dificuldades de articulação entre os municípios e de infraestrutura do sistema de saúde do município polo da região, mas foi constatado que os gestores estão conseguindo a articulação necessária e supomos que essas dificuldades serão superadas com o apoio não somente dos municípios, mais com a colaboração das três esferas de governo (BRASIL, 2007).

Diante desse quadro, podemos afirmar que nosso desafio apresentado com o Pacto pela Saúde 2006 onde se almejar uma regionalização solidária e cooperativa, tomando por base os resultados dos estudos realizados e as avaliações acerca dos efeitos produzidos pelo pacto regional formalizado através do colegiado gestor, assim, podemos afirmar que a regionalização do SUS é uma alternativa de solução para garantir as obrigações municipais para estabelecer resolutividade na assistência de seus municípios (BRASIL, 2015).

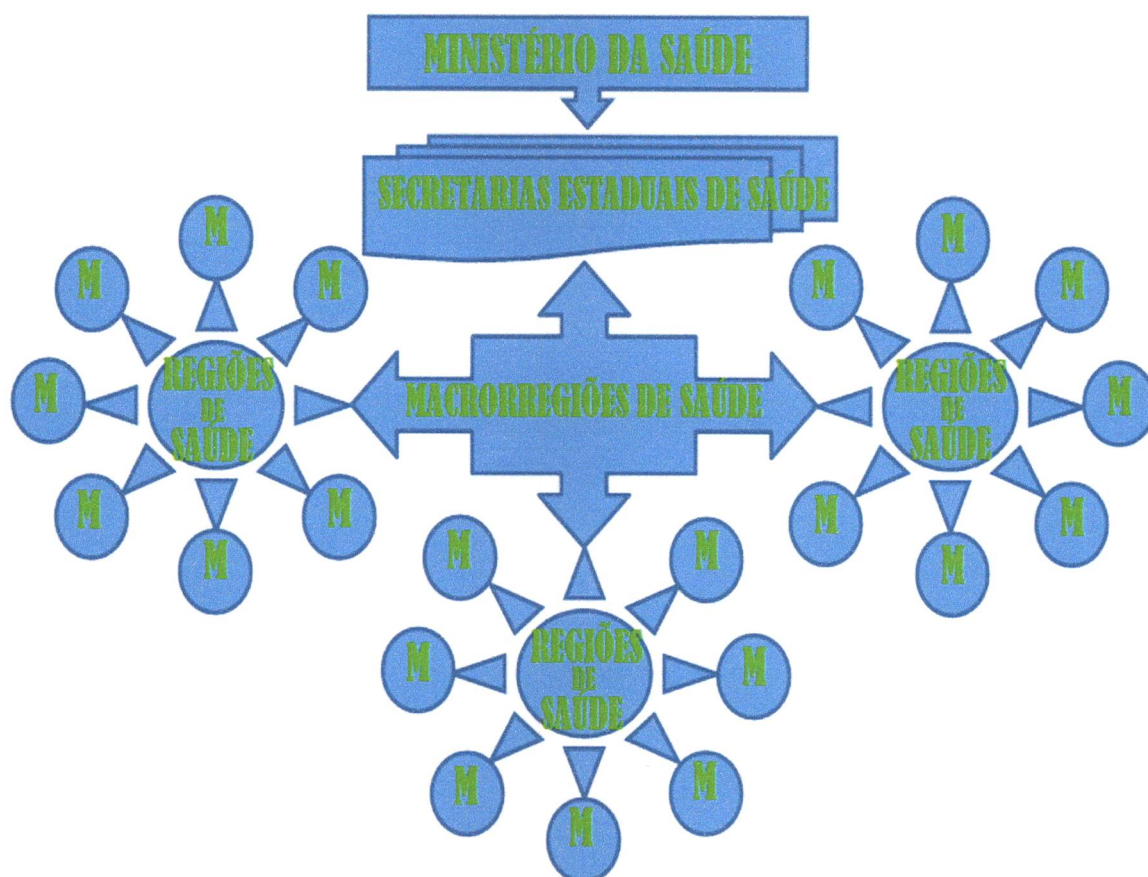


Figura 4 Fluxograma da Organização Regionalizada do SUS. Legenda: "M" – Município.

O Pacto de Gestão reafirma a regionalização como uma diretriz do Sistema Único de Saúde. Estabelece as responsabilidades de cada ente federativo de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais evidente quem deve fazer o quê, contribuindo com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS. Definiu de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o processo de habilitação. Foi então que se substituiu a habilitação pelos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal e esses passaram a ser o documento de formalização do Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão (BRASIL, 2006a).

A assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal é a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade (ITAITUBA, 2010).

Atualmente existem inúmeras regiões de saúde constituídas no país, portanto, devem ser considerados os esforços já realizados na elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) nos estados, a partir da implantação do Pacto. A princípio a gestão do município era organizada através de habilitação conforme a NOB SUS 01/06 em Gestão Plena de Atenção Básica – GPAB e Gestão Plena de Sistema Municipal – GPSM e conforme a NOAS SUS 2002 em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada – GPAB-A que foram extintas com a publicação da Portaria nº 2.023/GM de 23 de setembro de 2004 (BRASIL, 2006b).

Assim, as secretarias estaduais, considerando as premissas propostas no Pacto de Gestão, estão atualizando os seus Planos Diretores de Regionalização, com vistas à conformação de um modelo de atenção integrado (BRASIL, 2009).

Uma das mudanças na gestão propostas no Pacto é a constituição de um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa por meio de um colegiado de gestão regional. Essa proposta aproximou as Comissões Intergestores Bipartites, as Microrregionais existentes em alguns Estados brasileiros (BRASIL, 2006a).

A denominação e o funcionamento do colegiado devem ser acordados na CIB. A constituição do colegiado de gestão regional deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a região e da representação estadual, dessa forma serão construídos os territórios sanitários, com

abrangências das ações e serviços, bem como estabelecido as responsabilidades dos gestores do SUS (BRASIL, 2003).

O Pacto pela Saúde propõe que no território municipal se desenvolvam todas as ações e serviços de atenção primária à saúde e ações básicas de vigilância em saúde; nas regiões de saúde, serão desenvolvidos os serviços especializados; e na macrorregião de saúde os serviços especializados de maior densidade tecnológica, os espaços territoriais devem contemplar, de acordo com a escala, acesso e qualidade, os recortes microrregionais e macrorregionais, organizados em redes de atenção que possibilitem a existência de um sistema integrado de saúde, esses espaços devem ser explicitados nos Planos Diretores de Regionalização (PDR), cabendo às secretarias estaduais de saúde a coordenação do processo de regionalização (BRASIL, 2006b).

Trazendo essa organização para o Estado do Pará, a Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESPA), a partir do Pacto da Saúde de 2006 que estabelece a atualização da normalização do SUS no que tange a regionalização, já realizou a revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR), como proposta de ordenamento do processo de organização da assistência à saúde, com ênfase no princípio da regionalização, apresenta o mapa da regionalização da saúde, representada na figura 5 abaixo (BRASIL, 2009).

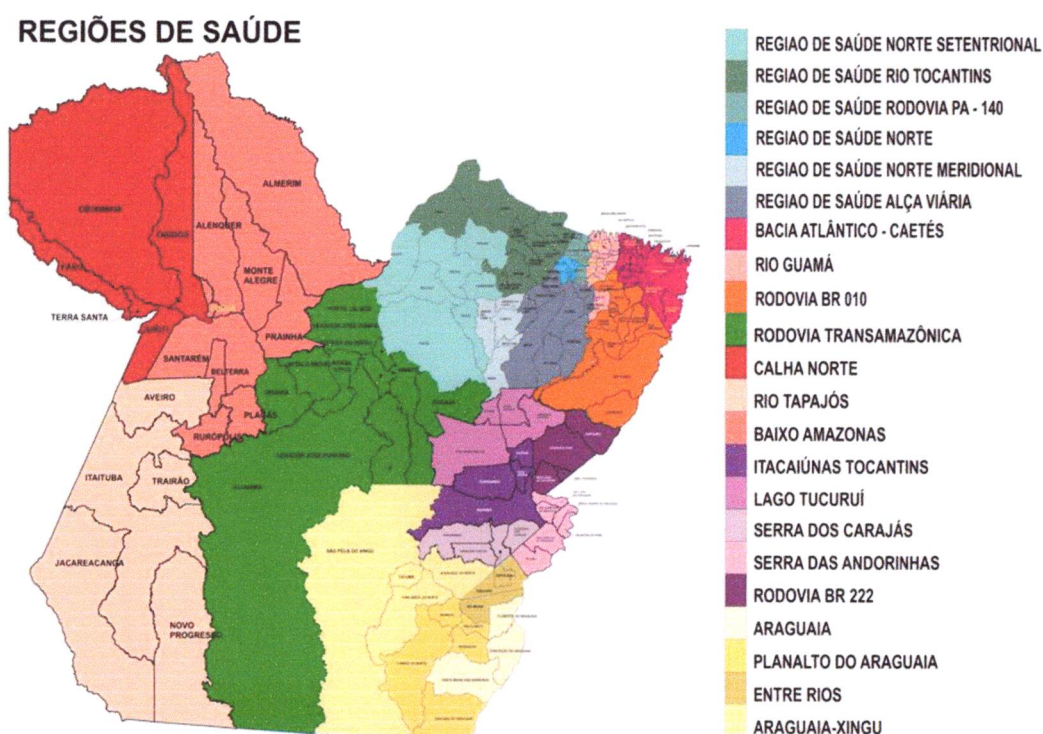


Figura 5 Mapa das Regiões de Saúde do Estado do Pará.
 Fonte: Estatísticas Municipais do Estado do Pará, 2008.

2.5 MACRORREGIÃO OESTE DO ESTADO DO PARÁ

Como estabelece a regionalização do SUS o território nacional deve ser organizado em Macrorregiões, regiões e sistemas municipais de saúde, a macrorregião Oeste do Pará é composta por três regiões sendo estas: Região do Baixo Amazonas, Região da Calha Norte e Região do Rio Tapajós, atende uma população de 943.217 mil habitantes, sendo 52% do sexo masculino, mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) representam 16% da população. Ocupam uma área de 189.612 Km² e a densidade demográfica de 3,19 hab./km², com uma renda per capita de R\$ 43.403,58 (IBGE, 2010).

A região do Baixo Amazonas é a que oferece maior estruturação da rede de assistência à saúde na macrorregião, nos três níveis de atenção (primária secundária e terciária), cidade de Santarém, importante referência na assistência hospitalar e ambulatorial especializada para os usuários do SUS de Itaituba e região do Tapajós. Habilitada na Gestão Plena do Sistema de Saúde teve um investimento pelo Estado em 2009 de R\$ 2.563.471,00, a região do Baixo Amazonas na figura 6 (PARÁ, 2008).



Figura 6 Mapa da Macrorregião Oeste do Estado do Pará.

Fonte: Localização-dos-municípios-das-regiões-do-Baixo-Amazonas-e-Tapajós-Para – Windows Live Galeria de Fotos

Município de Santarém, é a entrada principal do polo da macrorregião, é uma das cidades mais antigas da Amazônia Legal. Fundada em 1661, é a terceira cidade com maior número de habitantes do estado do Pará, atrás apenas de Belém e Ananindeua, na região metropolitana da capital, por sua localização, sua localização é estratégica e importante no contexto de desenvolvimento da região Norte, conhecida como a Pérola do Tapajós (PARÁ, 2015b).

2.6 REGIÃO DE SAÚDE DO RIO TAPAJÓS

A Região de Saúde do Rio Tapajós é composta por 06 municípios sendo estes: Aveiro, Jacareacanga, Novo Progresso, Trairão, Rurópolis e Itaituba, a população nessa região é de 264.307 habitantes, sendo a maioria do sexo masculino, residentes em zona rural, exceto Itaituba, ocupam uma área de 189.612 Km² e sua densidade demográfica é de 1,89 hab./km², com renda per capita de R\$ 1.661,26, IDH de 0,68, 11% dos domicílios com abastecimento de água e 21% com coleta de resíduos. A base da economia da microrregião é a administração pública e o comércio (IBGE, 2010).

Item Geográfico	População 2014	Taxa de Crescimento (%) 2010/2014	Até 18 anos (%) (2010)	De 19 a 59 anos (%) (2010)	Acima de 60 anos (%) (2010)
Brasil	202.799.518	6,31	31,27	57,93	10,79
Pará	8.104.880	6,91	39,51	53,43	7,06
Tapajós	(3%) 244.492	16,69	41,40	52,80	5,80
Aveiro	15.956	0,68	49,41	43,22	7,37
Itaituba	(40%) 98.405	0,94	40,48	53,32	6,19
Jacareacanga*	41.487	194,17	40,74	55,32	3,94
Novo Progresso	25.169	0,18	38,52	57,17	4,31
Rurópolis	45.595	13,74	42,82	51,09	6,09
Trairão	17.880	5,96	40,62	54,25	5,13

Figura 7 Demografia da região do Tapajós

Fonte: IBGE – Estimativa Populacional/Censo Demográfico 2010/FADESPA. Editoração: FAPESPA.

Entre as principais causas de mortalidade na região, na maioria dos municípios destacam-se o AVC, Infarto e Morte sem Assistência. Nas patologias de notificação compulsória (SINAN): LTA, MH, Dengue e TB em todos os municípios da região. Com relação às causas de internação (SIH) a maior frequência é por doenças infecciosas intestinais, pneumonia e dengue clássico (PARÁ 2008).

Assistência de média e alta complexidade concentrada na cidade de Santarém na macrorregião de saúde marcava a baixa resolutividade do sistema e a grande dificuldade de acesso ao SUS, ganha destaque o início de uma mobilização política administrativa para iniciar a construção do Hospital Regional do Tapajós (HRT) e o processo de efetivação da regionalização do SUS na região do Tapajós (BRASIL, 2009).

Dessa forma, desenvolveu-se uma força da sociedade e gestores, à demanda crescente por serviços de atenção de média e alta complexidade à saúde, a política partidária, à época, já apresentava marcante decisão na proposta de construção do Hospital Regional do Tapajós, elevada concentração de investimento na rede de atenção à saúde do polo da região, o planejamento estadual e o planejamento as propostas para adequar os serviços de saúde de Itaituba à realidade do desenvolvimento regional, com previsão do marco importante, construção do Hospital Regional do Tapajós ficava mais próximo (ITAITUBA, 2018).

O Hospital Regional do Tapajós (HRT) torna-se o sonho da população do Tapajós, a resolutividade dos problemas de saúde das pessoas, os atendimentos de média e alta complexidade para a população de Itaituba, Aveiro, Rurópolis, Trairão, Novo Progresso, o HRT terá capacidade para atender cerca de 250 mil pessoas, na região do Tapajós, com 164 leitos (ITAITUBA, 2018).

O Hospital Regional do Tapajós em plena Pandemia do Novo Coronavírus em junho do ano de 2020 é inaugurado, inicialmente os atendimentos passaram a ser exclusivamente para os casos de COVID 19.

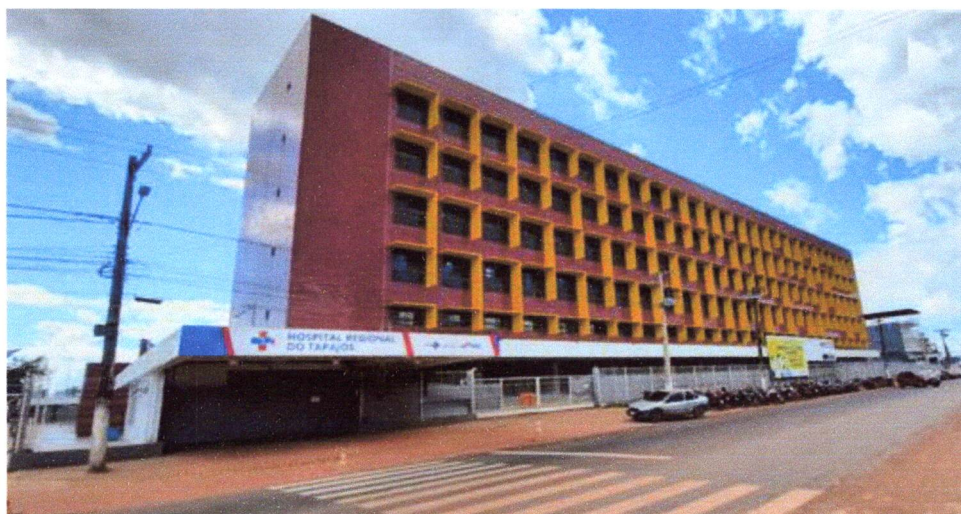


Figura 8 Hospital Regional do Tapajós.

2.7 SISTEMA DE SAÚDE DE ITAITUBA

O cenário do sistema municipal de saúde de Itaituba, polo da região, evidencia os resultados da gestão para o municipal, depois de estabelecido de fato e de direito a Região de Saúde do Rio Tapajós, através da assinatura do Termo de compromisso de gestão municipal de Itaituba, vários investimentos federal, estadual e municipal foram feitos no sistema de saúde do município, por exemplo: a construção da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Reforma do Hospital Municipal de Itaituba e construção e reformas de várias Unidades Básicas de Saúde (ITAITUBA, 2018).

Destacam-se as melhorias da infraestrutura do sistema de saúde do polo da região, pois, o fato influencia diretamente a boa relação entre os gestores e na resolutividade dos problemas de saúde dos munícipes, bem como o colegiado gestor que organiza e direciona os investimentos na região levando em consideração a regionalização (BRASIL, 2007).

Diante dessa visão, percebe-se que a efetivação da Região de Saúde do Rio Tapajós apresenta resultados e gestores tem conhecimento sobre a concepção da regionalização, pois, atendem pontos fundamentais para consolidação do SUS, evitando a concorrência entre gestores, mantendo uma relação solidária e de cooperação entre os municípios da região, com o objetivo maior de aproximar a solução dos problemas de saúde que não podem ser resolvidos no seu município, tendo o município de Itaituba como parceiro neste processo, uma vez que a regionalização foi estabelecida conforme prerrogativas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

2.7.1 Estrutura, organização e funcionamento.

O município de Itaituba é plano na gestão do SUS, torna totalmente responsável pela saúde da sua população e assumi atribuições diversas, seja na atenção básica, média ou alta complexidade, o gestor se depara com uma ampla e diversificada gama de situações e problemas, de diferentes naturezas, que podem ser abordados de maneiras igualmente variadas, dependendo da tecnologia disponível, métodos e equipamentos disponíveis para a organização dos processos de trabalho (BRASIL, 2003).

A Secretaria Municipal de Saúde de Itaituba funciona com todas as vigilâncias em saúde, sendo fortalecida pelo controle social exercida pelo Conselho Municipal de Saúde, demonstrando uma preocupação política em agilizar os mecanismos legais que fundamentaram os princípios do SUS e a democratização da gestão local (ITAITUBA, 2018).

A Secretaria Municipal de Saúde, hoje, funciona em prédio próprio (cedido pelo governo do Estado, desde 1998) localizado à Avenida Marechal Rondon, s/n no bairro de Boa Esperança, de acordo com o Decreto Municipal nº. EB. 0076/00, que dispõe sobre a regulamentação das atribuições das Secretarias Municipais, sua dinâmica organizacional administrativa está estruturada conforme explicitado na Figura abaixo (ITAITUBA, 2018).

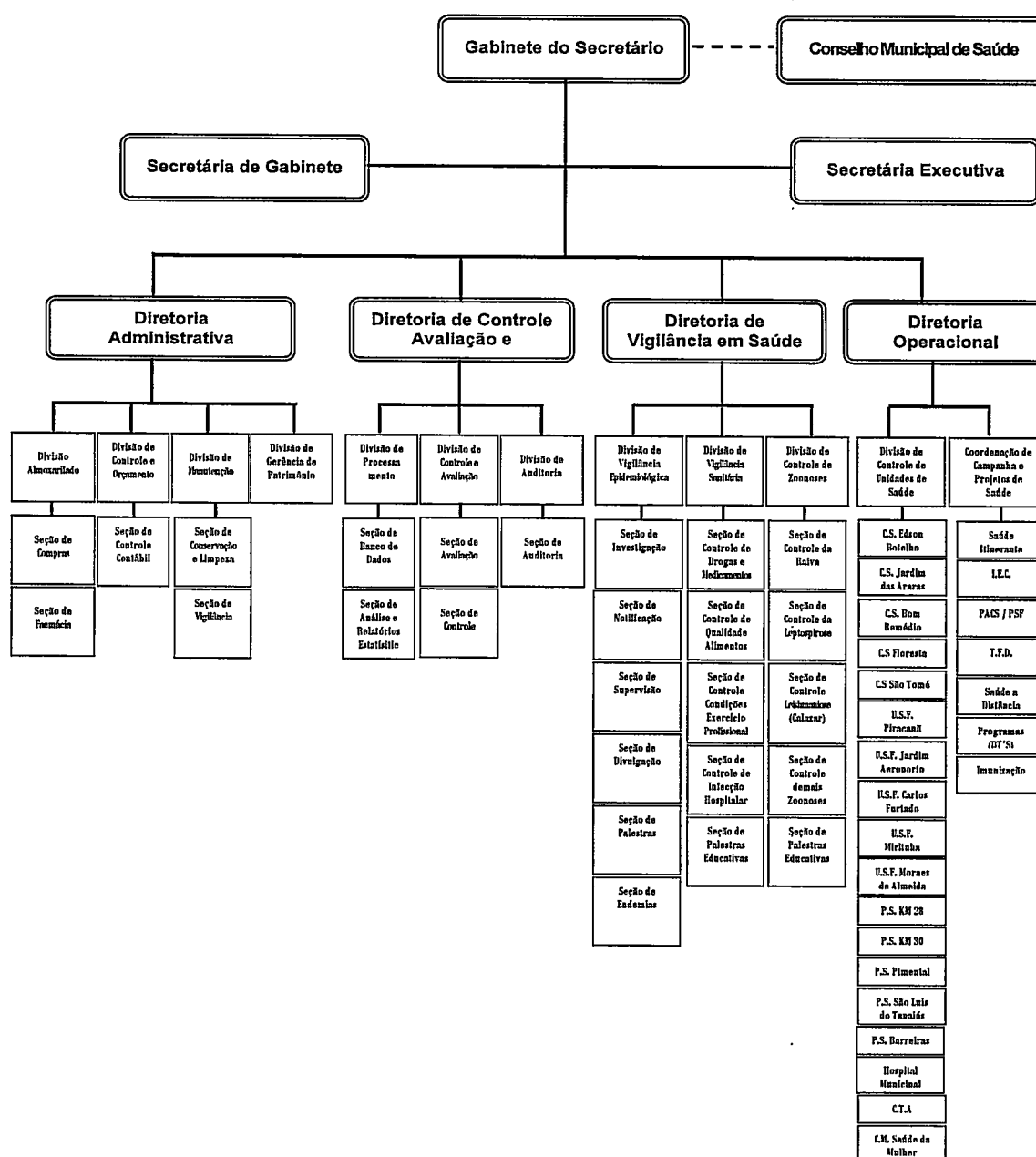


Figura 9 Fluxograma da Organização da Rede de atenção de Saúde de Itaituba, Estado do Pará.
Fonte: Plano Municipal de Saúde de Itaituba, 2018-2021.

Itaituba, polo da Região de Saúde do Rio Tapajós, é o município que possui maior estruturação na rede de atenção à saúde da região, sendo referência nos fluxos assistências, a rede de serviços de saúde pública do município de Itaituba

possui 18 Unidades Básicas de Saúde com equipe de Estratégia de Saúde da Família, 17 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro Especializado em Reabilitação (CER), 02 Academia da Saúde, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST/HIV/AIDS, 01 Centro Municipal de Saúde da Mulher, 01 Hospital Municipal, 01 Unidade de Pronto Atendimento, 01 Unidade Transfusional, 01 Unidade de Cuidados Intermediários neonatais (UCI Neonatal) e também oferece aos usuários do SUS radiologia clínica, ultrassonografia, entre outros serviços de saúde (ITAITUBA, 2018).

Na rede particular de estabelecimentos de saúde o município possui também 05 Hospitais (Santo Antonio, Dom Bosco, Cristo Salvador, Menino Jesus e São Vicente) e uma Policlínica, e dois laboratórios de análises clínicas. No geral dispõe de 393 leitos (ITAITUBA, 2018).

O Hospital Municipal de Itaituba (HMI) foi fundado em dezembro de 1977 pela antiga Fundação SESP e sendo municipalizado em 1º de janeiro de 1999. Atualmente conta com capacidade física de 52 leitos, sendo sua área externa 20.188m² e sua área construída é de 4.814m², distribuída em 4 blocos interligados, oferece atendimento de urgência, emergência, intervenção cirúrgica e internação.

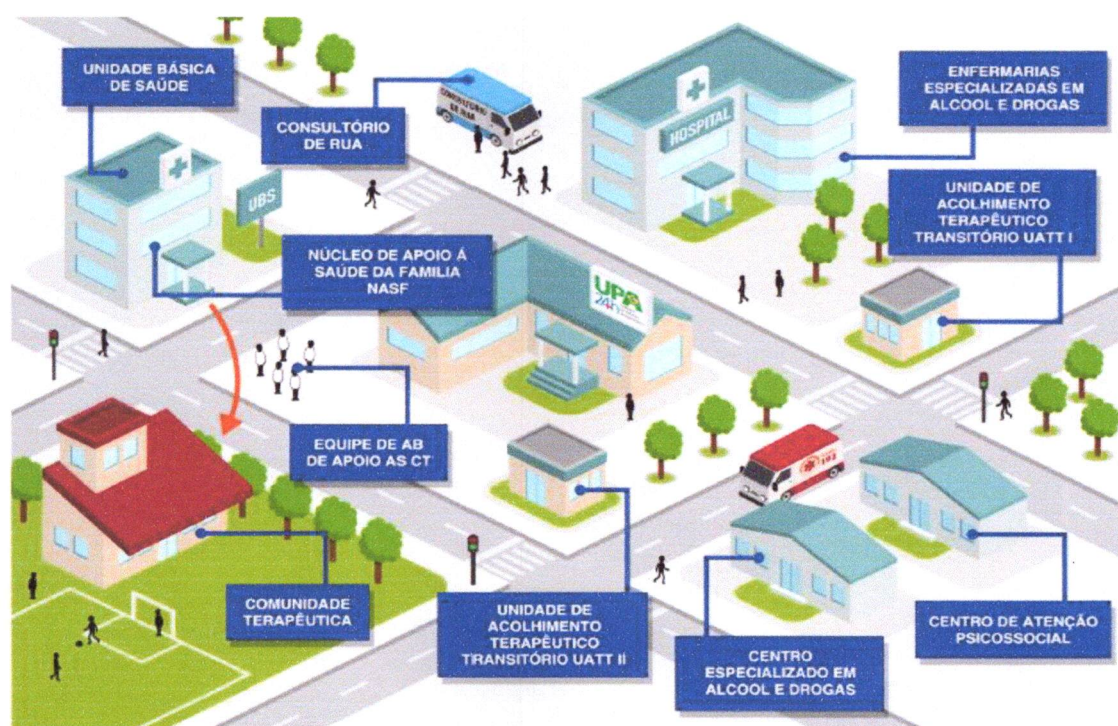


Figura 10 Rede de atenção à saúde
Fonte: A atenção primária e as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2015).

As reuniões do colegiado gestor ocorrem mensalmente em Itaituba, porém algumas vezes acontece em Santarém, polo da macrorregião, onde se encontra o articulador estadual, nessas reuniões os gestores de forma cooperativas e solidárias decidem os investimentos e as pactuações possíveis na região de saúde e propostas de integração das ações e serviços que podem ser oferecidos na região de saúde bem como a integração entre macrorregião oeste e Região de Saúde do Rio Tapajós, considerando que os municípios assinaram o Pacto pela Saúde, passaram de fato a implementar a descentralização e regionalização do SUS, dentre outros pontos (ITAITUBA, 2017).

3 METODOLOGIA

Quanto à fundamentação teórica, preocupou-se com a questão do método na revisão bibliográfica, porque acredita na necessidade do pesquisador traçar caminhos para atingir determinado objetivo, assim, a metodologia é um conjunto, um acumulado de etapas e processos, que devem ser vencidos ordenadamente, por outro lado privilegiam a pesquisa de modalidade qualitativa porque permite um maior aprofundamento do estudo proposto (TOZONI REIS, 2005).

De acordo com Tozoni Reis (2005) afirma que há certo consenso tanto nas ciências humanas como nas sociais, incluindo-se aí a Administração, de que a pesquisa qualitativa possui um lugar de destaque, justamente porque ocorre a compreensão dos conteúdos dos fenômenos estudados, não se limitando apenas a sua descrição ou explicação.

A pesquisa qualitativa de caráter revisão tem como características o pesquisador como o principal instrumento de investigação, apresentando um contato direto, buscando atualização e compreensão da literatura, mantendo um vínculo com o campo, para poder captar os significados dos conteúdos, neste contexto específico o método é facilitado pelo fato do pesquisador fazer parte do campo estudado (ZANELLA, 2009).

Assim, são criadas condições essenciais para que os significados dos fenômenos sejam captados pelo pesquisador no campo, devendo estar próximo e atento para interpretar os acontecimentos, quer seja através da literatura ou observando o cenário, quer seja também através do estudo dos ambientes, dos comportamentos, e outros aspectos que devem ser considerados (MINAYO, 2000).

Brito, (2009) analisam a importância da pesquisa bibliográfica na formação do profissional de saúde, avaliam as diretrizes que podem ser assumidas como referências para sua formação, identificam quais são as exigências que são colocadas para um profissional da área de saúde e consideram a pesquisa como princípio pedagógico na formação e construção do conhecimento destes mesmos profissionais.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo é de caráter descritivo, do tipo qualitativo, que analisa a organização da Região de Saúde do Rio Tapajós em relação à regionalização instituída pelo Ministério da Saúde e consolidado pelo Plano Diretor de Regionalização do Estado do Pará.

A escolha dessa abordagem justifica-se por permitir ao pesquisador aumentar seus conhecimentos e experiências em torno do assunto em questão, além de aprofundar o estudo e relacionar o princípio organizativo do SUS regionalização com os momentos vivenciados pela população da região, principalmente pelo município polo da região.

3.2 ABRANGÊNCIA DO ESTUDO

Está relacionada com a escolha do tema Regionalização do SUS: desenvolvimento da Região de Saúde do Tapajós, e onde ocorre a maioria dos conteúdos apresentados, além de ser o local onde reside e trabalha as pesquisadoras, fato que deu a oportunidade de conhecer melhor o processo de implementação da regionalização em decorrência do Pacto pela Saúde, 2006, além disso, neste momento observa-se diretamente as mudanças e o conjunto de benefícios que tem sido alocado em virtude dessa reorganização da saúde no Pará (PARÁ, 2015a).

A pesquisa foi descritiva de caráter qualitativa, mas observado a organização da região do Tapajós a partir do município de Itaituba localizado no estado do Pará, o município de Itaituba é polo da Região de Saúde do Rio Tapajós, dista a 891 km de Belém em linha reta, sendo hoje a quinta sede municipal mais afastada da capital do Estado. Tem as seguintes coordenadas geográficas: 04° 16' 24" S e 55° 59' 09" W Gr, sua altitude é de 45 metros em relação ao nível do mar, ocupando uma área de 62.111,60 Km², limitando-se geograficamente ao Norte: com o município de Aveiro; ao Sul: com o município de Jacareacanga; a Leste: com os municípios de Altamira, Rurópolis, Novo Progresso e Trairão e a Oeste: com o Estado do Amazonas (PARÁ, 2008).

3.3 COLETA DE DADOS

A amostra da pesquisa foi definida direcionando a mesma para uma análise baseada em uma revisão bibliográfica relacionando com as variáveis estabelecidas no protocolo de análise da pesquisa, o ambiente de observação deste estudo está relacionado aos conteúdos da pesquisa que podem ser um indivíduo, uma instituição, um sistema, uma organização dentre outros (YIN, 2005).

Na pesquisa realizada a área de observação gira em torno da região do Tapajós e do município de Itaituba, polo da Região de Saúde do Rio Tapajós, considerando os ambientes onde são feitos os investimentos e a reorganização da

Região de Saúde, ou seja, são partes significantes na implementação das políticas de saúde pública na esfera regional, sem tirar os méritos dos gestores nesse processo, usamos a literatura para compreender o espaço.

A pesquisa abordou teorias dos manuais, livros, revistas, artigos científicos, explorando-se os resultados exitosos, levamos em consideração os conhecimentos já catalogados em bibliotecas virtuais, em sites oficiais do Governo Federal, Estadual, Municipal, todos baixados da internet.

Na busca-se foram encontrados documentos, como por exemplo, o Termo de compromissos de gestão, Plano Municipal de Saúde, o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Pará, após a coleta de dados, foram feito uma análise documental nesses instrumentos.

3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste importante processo foram realizadas as observações finais nas bibliografias selecionadas, descrevendo as análises que refletiram o desenvolvimento da região e pudéssemos extrair os resultados e conclusões desta pesquisa, relata ainda à relevância, as limitações como também as possibilidades de pesquisas futuras pertinentes aos assuntos relacionados a este trabalho.

Visando-se uma melhor análise e compreensão dos dados coletados durante a pesquisa, foi utilizados recursos de figuras, imagens com o intuito de alcançar os objetivos almejados com a pesquisa. Toda análise de dados de uma determinada pesquisa consiste em averiguar, examinar e classificar em figuras ou imagens para evidenciar os dados qualitativos (YIN, 2005).

Esta percepção das pesquisadoras dentro do ambiente organizacional no que tange a regionalização foi de fundamental importância, pois possibilitou observar as melhorias regionais e municipais, agiu como um diferencial e facilitador da compreensão do processo de regionalização da região de saúde do Tapajós.

A análise foi horizontal, destacando-se palavras-chave e frases contidas nas bibliografias e documentos relacionando com o contexto onde ocorre os acontecimentos, que são vivenciadas pelas pesquisadoras, partindo dos fundamentos obtidos, buscando identificar temas e ações práticas, que confirmasse a nova realidade a partir da regionalização efetiva na Região de Saúde do Rio Tapajós e no município polo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todas as bibliografias utilizadas tiveram como propostas a contribuição para conhecer, aprofundar e compreender a regionalização do SUS, tendo sido realizada uma revisão bem minuciosa dos estudos e análise das informações contidas em todas, no entanto, visando concentrar mais sobre tema foi feito um resumo na quantidade das literaturas.

Os resultados foram obtidos mediante pesquisa bibliográfica conforme a busca por base de dados publicados entre 1988 a 2017, através de palavras chaves utilizadas: Sistema Único de Saúde (SUS); Diretrizes Organizacionais do SUS; Região de Saúde do Tapajós.

Após a busca e baixa das literaturas na internet com abordagem semelhante ao nosso trabalho, partiu-se para uma profunda revisão e análise dos conteúdos de acordo com o foco do estudo proposto, desta forma o estudo trás fatos relevantes na construção e implementação do SUS há trinta anos.

Inicialmente encontrou-se um total de 57 bibliografias, onde através de uma leitura dinâmica e análise dos conteúdos, foram selecionadas 31, aquelas que estão diretamente relacionados como o tema, com o princípio da regionalização e região de saúde e contemplavam os critérios de pesquisa.

Mediante o assunto pesquisado passou-se a conhecer melhor e com fundamentos os aspectos relacionados com a organização do SUS, além de conhecer os diversos instrumentos, diretrizes e princípios que podem ser aplicados para fortalecer e implementar o sistema de saúde do Brasil.

A Organização das literaturas constante no quadro 1 foram baseadas nas leituras realizadas nos conteúdos, apresenta as bibliografias desde o ano de 1988 até 2017 publicadas com os assuntos mais concentrados no tema do trabalho, "Regionalização do SUS: desenvolvimento da Região de Saúde do Tapajós", e que está disposta de forma prática para fins de consultar os fundamentos teóricos do estudo e relacionar com os resultados e discussão da pesquisa.

No entanto para discussão dos resultados foram selecionadas 17 bibliografias, sendo 01 Documento, 01 Legislação Municipal, 01 Tese, 02 Artigos, 03 Legislação Federal, 04 Manuais e 05 Livros, os detalhes das literaturas foram organizadas em tipo de bibliografia, em sequência cronológica, devida a construção histórica, da mais antiga para mais recente, dispostos no quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição das bibliografias segundo o título, autor e ano e tipo de publicação.

TÍTULO DO TRABALHO	AUTOR, ANO	PUBLICAÇÃO
Termo de compromisso de gestão municipal de Itaituba.	Itaituba (2010)	Documento
Plano municipal de saúde 2018/2021.	Itaituba (2017)	Legislação Municipal
Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.	Paim (2008)	Tese
História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista.	Escorel; Teixeira (2008)	Artigo
SUS: o desafio de ser único.	Ocké-Reis (2011)	Artigo
Política Nacional de Atenção Básica.	Brasil (2017)	Legislação Federal
Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.	Brasil (1990)	Legislação Federal
Constituição 1988.	Brasil (1988)	Legislação Federal
Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.	Brasil (2006a)	Manual
Regulamento dos pactos pela vida e de gestão.	Brasil (2006b)	Manual
Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS	Brasil (2007)	Manual
Colegiado de gestão regional na região de saúde intra-estadual: orientações para organização e funcionamento.	Brasil (2009)	Manual
Sistemas de informação em saúde para municípios.	Carvalho; Eduardo (1998)	Livro
Política de Saúde: uma política social	Fleury; Ouverney (1998)	Livro
Para entender a gestão do SUS.	Brasil (2003)	Livro
Gestão Participativa: trabalhos premiados e menções honrosas – resumos.	Sérgio (2007)	Livro
A atenção primária e as Redes de Atenção à Saúde.	Brasil (2015)	Livro

Segundo Brasil (2007), o ministério da saúde criou uma série de caderno voltado para gestão do SUS e vigilância da saúde, sendo intitulada de normas de Pacto pela Saúde visando fortalecer a atenção à saúde do Brasil através da capacitação e qualificação da gestão, reforçando o compromisso voltado para as ações que apresentam impacto sobre a saúde da população, abordando também os princípios do SUS e outras ações.

Brasil (2003), avaliação dos serviços de saúde em relação os princípios do SUS é a principal dificuldade enfrentadas pela gestão quando se efetiva a regionalização, a população e representantes do serviço de saúde publica evidenciaram a importância de um sistema de saúde universal e gratuito, e a legislação pilar da proposta foi aprovada, a Constituição Federal (CF) de 1988, e os três entes federativos relataram dificuldades para iniciar o processo de implantação.

A partir desse fato histórico, a atuação do Estado brasileiro frente à saúde há trinta anos vem aprofundando conhecimentos sobre o significado da reforma sanitária brasileira que resultou na criação do SUS, com um processo de construção de um sistema de saúde que atenda aos princípios na CF (SÉRGIO, 2007).

De acordo com Ocké-Reis (2011), os profissionais da saúde comprometidos com a organização da Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) se constituíram em uma importante ferramenta na defesa e luta pelo início da construção do SUS promovendo debates, e publicando livros e revistas, participação nas conferências e debates, que difundiram ideias e propostas para a implementação da Saúde no Brasil.

Entretanto, há uma concordância entre os estudiosos, de que, apesar dos grandes avanços na legislação, o modelo Institucional de política de saúde proposta são desafios que farão parte de um processo de construção permanente, com políticas de Estado, e representaram uma resposta às demandas por igualdade e seguridade socioeconômica, defesa dos direitos e cidadania (BRASIL, 2009).

Segundo Paim (2008), essa compreensão sobre direitos constitucionais é importante, pois precisamos entender o direito à saúde em contextos da CF. A efetivação do SUS está diretamente ligada a direitos sociais, esse novo modelo de assistência têm se feito em meio a contradições inerentes ao modelo assistencial curativo, bem como ao modo de organização capitalista de produção.

A Lei Orgânica da Saúde gestado na era Fernando Collor combinava concessões dos direitos de trabalhadores, de organizações sindicais e o interesse do Estado como meio de facilitar, desse modo, buscava facilitar o projeto de construção do SUS, que foi impulsionado com a Lei Federal 8.142/1990 organiza a participação da sociedade no SUS, que promoveu a aceleração do processo, gerando demandas por direitos baseados nos princípios (FLEURY; OUVÉNEY, 1998).

A participação dessas instâncias de governo, novos sujeitos sociais foram inclusos no processo político que produziu Constituição de 1988, responsável pela

criação do SUS, foi decisiva para a incorporação de um conjunto de propostas para efetiva o SUS através das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde que adotaram o princípio da universalidade e a regionalização como inspiração para o processo de implementação do acesso universal e a municipalização dos serviços (BRASIL, 2007).

No SUS, nos termos da Lei Federal 8.080, as instituições públicas federais, estaduais e municipais dos serviços de saúde, pesquisa, medicamentos, de equipamentos, outros serviços e produtos para a saúde, privados ou público, integram um sistema de saúde público, sendo o particular em caráter complementar, podem o integrar funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, quando contratados ou conveniados com o SUS (BRASIL, 1990).

As informações obtidas no Termo de Compromisso de Gestão, a Região de Saúde do Tapajós com o princípio organizacional da regionalização o município de Itaituba está realmente presente no Sistema Único de Saúde da região como polo da região, encontra numa ascensão com o compromisso de desenvolver cada vez mais a gestão regional (ITAITUBA, 2010).

Depois de pensar e repensar o novo cenário, se iniciou relativa e indefinida dúvida sobre como aplicar os fundamentos legais, foi um momento de reflexão, frente a tantos depoimentos que mostram a importância da regionalização no desenvolvimento da Região de Saúde do Tapajós (ITAITUBA, 2010).

Esta percepção do gestor de saúde e dos conselheiros de saúde do município de Itaituba, visualizar os avanços e a expectativa da reorganização da Região de Saúde do Rio Tapajós, a secretaria de saúde e o conselho de saúde estão abertos ao diálogo para colaborar com desenvolvimento da região (ITAITUBA, 2017).

O ambiente organizacional é de fundamental importância, pois engloba melhorias internas para o processo, age como um diferencial competitivo e facilitador da comunicação dentro e fora da Região de Saúde, a gestão e o controle social do polo da região são fundamentais, entendem o desenvolvimento das atuais políticas de saúde (ITAITUBA, 2017).

De acordo com Brasil (2009) o cenário do sistema de saúde do município polo da região do tapajós, evidencia os desafios a serem superados no município de Itaituba, as especialistas médicas e os serviços de média e de alta complexidade ainda ausentes.

A Regional da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) e o Hospital Regional do Tapajós tornam-se primordial para o suporte e solução ao fluxo da

demanda de serviços de média e alta complexidade, entre outros serviços que sem dúvida garantia a resolutividade de muitos problemas de saúde pública na própria região (BRASIL, 2009).

Brasil (2007) a regionalização traz a expectativa que no futuro próximo esses desafios serão superados e a Região de Saúde do Rio Tapajós com a gestão solidária instituída pelo Pacto pela Saúde promoverão uma assistência universal e integral mais próxima da população desses municípios, assim viabilizando a resolutividade do SUS e a satisfação dos usuários.

A rede municipal terá um processo contínuo, de reestruturação, reorganização e qualificação, pois na construção desse novo cenário assumi a responsabilidades de ser a retaguarda da rede de assistência, para que se tenha êxito nesse momento inovador do SUS e principalmente para ser de fato o polo da Região de Saúde do Tapajós (BRASIL, 2015).

Sérgio (2007) relata que as competências específicas para aplicar os princípios do SUS estão definidas com base no pressuposto da descentralização que atribuiu ao município a responsabilidade pela execução da maioria das ações de saúde, e aos estados e à União funções supletivas e de coordenação.

Mas, é necessário lembrar que os desafios são mais que desafios, são deveres constitucionais, para os serviços descentralizados e regionalizados, tornar-se imprescindível a adoção de instrumentos de gestão, os problemas como falta de recursos humanos, principalmente especialistas deve ser superado de forma permanente (BRASIL, 2003).

Ocké-Reis (2011) além do mais sabemos que a saúde pública é um dos setores para onde são destinados boa parte dos impostos pagos pelos brasileiros e que muitas regiões há muito tempo vive no abandono, dependendo quase que exclusivamente dos grandes centros para solução de problemas de média e alta complexidade.

A qualificação das ações e os serviços de saúde atribuem ao Poder Públicos sua regulamentação, fiscalização e controle, a existências das instâncias colegiadas, fortalece a orientação do predomínio do interesse público e da ação do Estado em assegurá-lo, por isso os mecanismos de regulação estatal devem ser eficazes para garantir os direitos do texto constitucional com repercussões positivas ao processo de construção do Sistema de Saúde da Região (BRASIL, 2006b).

Na redação de Brasil (2017) uma das diretrizes básicas do SUS para garantir a atenção à saúde dos usuários, a integralidade do cuidado, de forma a integrar

ações curativas, preventivas, reabilitadoras e de promoção à saúde, necessárias aos municípios da região para materializar atenção à saúde da sua população é articular para instituir a regionalização, o que vai viabilizar mecanismos e processos de integração entre serviços e ações que assegurem a continuidade do cuidado nos diversos níveis de atenção.

Apesar dos dados coletados resultarem em satisfação por apresentarem a nova infraestrutura de saúde, sobretudo no polo da região, que garantiu mais atendimentos, atenção teoricamente completa nos três níveis de atenção, tem que está ciente que muitos dos procedimentos de média e alta complexidade vão demandar um tempo ainda para ser ofertado na sua totalidade aos usuários do SUS (BRASIL 2009).

Mas, os Marcos Históricos da evolução na assistência e na legislação são fatos de grandes resultados para a consolidação do SUS na região e na prestação de assistência à saúde dos brasileiros (SÉRGIO, 2007).

5. CONCLUSÃO

Transcorrido três décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente com relação à descentralização e municipalização das ações e serviços (BRASIL, 2017).

Esse processo de descentralização propiciou o direcionamento das ações e serviços de saúde respeitando as especificidades *in loco* – regionais, tornando-se mais complexo a gestão local do SUS e colocou os gestores à frente de desafios para superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2007).

O surgimento do Pacto pela Saúde 2006 e a criação do colegiado gestor na gestão do SUS, facilitou a efetivação da regionalização, pois muitos municípios têm dificuldades de planejar a função municipal de saúde, principalmente nos aspectos de atendimentos de média e alta complexidade, agravados pela escassez de recursos financeiros entre outros problemas que normalmente dificultam o trabalho dos gestores, possibilitou os municípios pactuarem responsabilidades entre eles no campo da gestão e da atenção a saúde viabilizando a implementação da regionalização de forma permanente (BRASIL, 2009).

A partir desse trabalho será possível validar uma forma de abordagem de regionalização de serviços de saúde pública, vários estudos podem ser elaborados a partir desse, pois são eminentes as dificuldades enfrentadas pelos gestores, no que diz respeito à efetivação da regionalização do SUS, seja por falta de recursos profissionais, de equipamentos, dentre outras dificuldades, vistas como prioridades no sistema de saúde pública.

Considerando então a complexidade que tem o nosso enfoque de estudo, informações obtidas da gestão do SUS e das contribuições literárias sobre o assunto, o que nos levou a perceber sobre o desenvolvimento da forma de gestão regionalizada, destacando-se: 1) resolutividade nos entendimentos; 2) ganhos na utilização e instalações de serviços; 3) especialidades e instituições que aproximam a solução dos problemas de saúde; 4) relação entre os municípios com clareza das responsabilidades; 5) apresentaram-se os avanços de forma clara citando aspectos relacionados a infraestruturas, por exemplo: Hospital Regional do Tapajós, Unidade de Pronto Atendimento, Centro Especializado em Reabilitação, Central de Regulação, Especialistas: Cardiologista, Neurologista, Traumatologista; Serviços de média e de alta complexidade e celeridade nas burocráticas administrativas.

Conclui-se que a região do Tapajós está passando por um processo de reorganização em sua totalidade, reforçando a atenção básica, implantando o nível de média e alta complexidade no polo, sabemos que existe um longo caminho a ser percorrido para se chegar aos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.

Neste sentido, o trabalho tem como proposta contribuir no conhecimento a cerca do tema pela população e profissionais, na tomada de decisão dos gestores, bem como identificar os benefícios provenientes do desenvolvimento de ações descentralizadas e regionalizadas do SUS para Região de Saúde do Rio Tapajós e principalmente para o município de Itaituba - PA.

REFERÊNCIAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 14724. **Informação e documentação. Trabalhos Acadêmicos - Apresentação**. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Educ. Soc.**, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436/2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. **Colegiado de gestão regional na região de saúde intra-estadual: orientações para organização e funcionamento**, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Norma Operacional de Assistência do Sistema Único de Saúde**, NOAS-SUS 01/01. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Leis, etc.. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

BRASIL. **Constituição 1988**. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.

BRITO, Antonia Edna Fundamentos Teóricos-Metodológico da Pesquisa I/ Antonia Edna Brito - UFPI/UAPI, 2009.

CARVALHO; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. Volume 6. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

ESCOREL; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FERREIRA. Gestão da informação. In Scarpi, M. J. (Org.) **Gestão de clínicas médicas**. São Paulo: Futura, 2004.

FLEURY; OOVERNEY, Assis Mafor. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

ITAITUBA. **Plano municipal de saúde 2018/2021**. Secretaria Municipal de Saúde Itaituba-PA, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo 2010**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação. Brasil. Brasília, 2010.

ITAITUBA. **Termo de compromisso de gestão municipal de Itaituba**: Itaituba-PA: Secretaria Municipal de Itaituba, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, Método e criatividade**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2000.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. SUS: o desafio de ser único. In: SANTOS, Nelson Rodrigues; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011.

PARÁ. Coordenação de Estudos, Pesquisas e Informações. Inventário da Oferta Turística de Itaituba, Secretária de Estado de Turismo do Pará - SETUR, PARÁ, 2015a.

PARÁ. Coordenação de Estudos, Pesquisas e Informações. Inventário da Oferta Turística de Santarém, Secretária de Estado de Turismo do Pará - SETUR, **PARÁ**, 2015b.

PARÁ. **Estatísticas Municipais**. Secretaria Executiva de Estado de Planejamento, Orçamento e Finanças - Diretoria de Estudos, Pesquisas e Informações Socioeconômicas. Belém, 2008.

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

REZENDE, D. A. **Planejamento de informações públicas e municipais: guia para planejar sistemas de informação, informática e governo eletrônico nas prefeituras e cidades**. São Paulo: Atlas, 2005.

SÉRGIO Arouca, **Gestão Participativa: trabalhos premiados e menções honrosas – resumos**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

TOZONI-REIS, Marília Freitas de Campos. **Metodologia de pesquisa**. Curitiba: IESDE Brasil S.A, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009.