



ISSN: 2595-1661

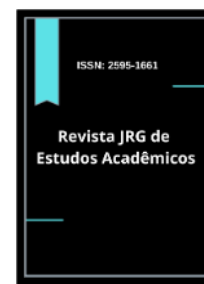
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](https://portaldeperiodicos.capes.gov.br/)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Vazios assistenciais e capacidade instalada: desafios para a regionalização da saúde no Sudeste do Tocantins

Assistance gaps and installed capacity: challenges for health regionalization in Southeast Tocantins

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.2993

ARK: 57118/JRG.v9i20.2993

Recebido: 26/02/2026 | Aceito: 28/02/2026 | Publicado on-line: 03/03/2026

Fernando Cerqueira de Sousa¹

<https://orcid.org/0009-0006-9832-1081>

<http://lattes.cnpq.br/7168186009193157>

UNITINS, TO, Brasil

E-mail: fcs456@gmail.com

Myriam Marta Soares de Mello²

<https://orcid.org/0000-0002-3384-1047>

<http://lattes.cnpq.br/2701385733527762>

UNITINS, TO, Brasil

E-mail: myriam.ms@unitins.br



Resumo

Este estudo analisa a capacidade instalada de recursos físicos, tecnológicos e humanos na Região de Saúde Sudeste do Tocantins e examina como os vazios assistenciais afetam a regionalização do cuidado. Realiza pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa e análise documental, a partir de dados do SCNES, IBGE, PRI, ASIS, PPI, protocolo estadual de referência e informações de gestão hospitalar. Os resultados indicam cobertura favorável da atenção básica, com oferta de UBS e equipes de ESF acima dos parâmetros de referência, mas mostram forte concentração de serviços e profissionais em Dianópolis e Arraias, escassez de especialistas, inoperância de equipamentos por manutenção e restrição de acesso ao SUS em diagnósticos estratégicos. Conclui que a baixa resolutividade da média e alta complexidade mantém a dependência de fluxos externos, amplia o TFD e sustenta a ambulancioterapia como expressão do vazio assistencial regional.

Palavras-chave: Regionalização da saúde; Vazios assistenciais; Capacidade instalada; Acesso aos serviços de saúde; Sudeste do Tocantins.

¹ Graduado em Administração pela Universidade da Grande Dourados. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pelo Centro Universitário Internacional. Especialista em Saúde Digital pela Universidade Federal de Goiás.

² Mestre em Administração e Graduada em Ciências Contábeis pela Universidade Federal de Viçosa. Realiza estudos na área de Administração Pública: monitoramento e avaliação de políticas públicas, agricultura familiar e habitação de interesse social. Atuou como professora substituta da Universidade Federal de Viçosa UFV. Foi professora no Centro Universitário de Viçosa - Univiçosa. Atualmente é professora da Universidade Estadual do Tocantins - UNITINS. Atua como professora/coordenadora de disciplina no curso de Tecnologia em Gestão Pública, do Projeto TO Graduado da Unitins.



Abstract

This study analyzes the installed capacity of physical, technological, and human resources in the Southeast Health Region of Tocantins and examines how assistance gaps affect health regionalization. It uses a descriptive and exploratory design with a quantitative and documentary approach, based on data from SCNES, IBGE, PRI, ASIS, PPI, the state referral protocol, and hospital management information. Results indicate favorable primary care coverage, with UBS units and Family Health Strategy teams above reference parameters, but reveal a strong concentration of services and professionals in Dianópolis and Arraias, shortage of specialists, equipment downtime due to maintenance problems, and restricted SUS access to strategic diagnostic services. The study concludes that low medium and high complexity resolvability maintains dependence on external care flows, increases out of domicile treatment, and sustains ambulance driven care as an expression of regional assistance gaps.

Keywords: *Health regionalization; Assistance gaps; Installed capacity; Access to health services; Southeast Tocantins.*

1. Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) não foi um evento abrupto gerado apenas pela Constituição de 1988, mas fruto de um longo processo de luta dos movimentos da reforma sanitária e de uma trajetória de projetos iniciados ainda durante o regime militar. Embora a Carta Magna seja o marco legal que consagrou a saúde como "direito de todos e dever do Estado", a construção desse sistema é um processo contínuo que envolveu a transição de um modelo centralizado e excludente para um modelo descentralizado, universal e integral.

Como explica Dowbor (2009) antes de 1988, o acesso à assistência médica previdenciária era restrito aos trabalhadores formais, enquanto o restante da população dependia da caridade ou de serviços públicos limitados. A Constituição rompeu com essa lógica ao estabelecer o princípio da Universalidade. Para viabilizar esse direito, o Brasil inovou ao elevar o Município à condição de ente federativo autônomo, determinando que a gestão das ações de saúde deveria ser descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e à transferência da execução dos serviços prioritariamente para o nível municipal.

Com a promulgação da Lei nº 8.080/1990, o SUS consolidou seus pilares: Universalidade, Integralidade e Equidade. Contudo, a implementação dessas diretrizes enfrentou os desafios de um país continental e desigual. Na prática, barreiras geográficas em regiões remotas evidenciaram dificuldades de acesso devido às longas distâncias e altos custos de transporte. Além disso, a busca pela integralidade — que pressupõe o atendimento desde a prevenção até a reabilitação — esbarrou na fragmentação dos serviços, enquanto a equidade revelou-se um desafio complexo ao exigir investimentos desproporcionalmente maiores em áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica.

Para corrigir as distorções de uma municipalização autárquica e isolada, o SUS passou a focar na regionalização a partir dos anos 2000, com marcos como as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 2001/2002) e o Pacto pela Saúde (2006). Posteriormente, o Decreto nº 7.508/2011 consolidou esse movimento ao definir que a regionalização deve organizar Redes de Atenção à Saúde (RAS) em territórios específicos. Nessas Regiões de Saúde, municípios vizinhos integram-se para garantir a integralidade da assistência — um objetivo que nenhum ente conseguiria alcançar isoladamente.



Essa articulação histórica demonstra a busca por um modelo que superasse a centralização; porém, a legislação tratou municípios heterogêneos como se tivessem a mesma capacidade de gestão. A maioria das cidades brasileiras é de pequeno porte e não possui escala ou recursos para ofertar, sozinha, a integralidade da atenção, carecendo de infraestrutura hospitalar e exames de média e alta complexidade.

Conforme Oliveira (2021) reforça, o processo de regionalização se constrói a partir de atores locais, buscando planejamento e efetividade. Viana (2018) complementa que essa estratégia visa racionalizar a estrutura de serviços e impactar na equidade, superando a fragmentação por meio de redes articuladas.

Contudo, Menicucci e Marques (2016) ponderam que a descentralização, quando desarticulada de um planejamento regional estratégico, fomenta disputas predatórias por financiamento. Nesse sentido, Souza e Santos (2018) afirmam que tal cenário aprofundou disparidades e revelou a fragilidade da assistência isolada. Essa problemática torna-se ainda mais crítica na observação de Cabral (2023), que destaca a natureza sistêmica do problema: independentemente da região, o discurso dos gestores sobre os entraves da regionalização é o mesmo, sugerindo um obstáculo estrutural.

No Tocantins, a trajetória da regionalização ilustra essa dificuldade. Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins - SESA (2025), a primeira Regionalização da saúde ocorreu em 2002, com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), definindo 2 macrorregiões e 6 microrregiões. Após redesenhos em 2006 e 2007, e em alinhamento com o Decreto n.º 7.508/2011, que integra organização e planejamento regional, estudos técnicos levaram ao terceiro redesenho em 2012, reduzindo o número de Regiões de Saúde de 15 para 8.

Para regulamentar essa nova estrutura e garantir parâmetros de resolutividade local, a resolução 161/2012 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) aprovou as regiões de saúde e definiu a oferta mínima de ações e serviços que cada território deve obrigatoriamente ofertar. Nesse sentido, estabeleceu-se que cada região deve contemplar: I. Atenção Primária com 80% de cobertura Estratégia Saúde da Família (ESF) e suficiência da Atenção Básica na região; II. Urgência e Emergência: 01 Pronto Socorro funcionando 24h todos os dias da semana com cirurgião geral e atendimento obstétrico de risco habitual (cesárea) na região; III. Atenção Psicossocial: possuir pelo menos 01 Centro de Atenção Psicossocial na região; IV. Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar: atendimento ambulatorial em clínica médica e cirurgia geral e hospitalar nas clínicas médicas, cirúrgicas e obstétricas; V. Vigilância em Saúde: equipe de vigilância constituída legalmente no município.

A SESA, em seu Planejamento Regional Integrado (PRI de 2022), aponta que a Região de Saúde Sudeste é historicamente marcada por um dos maiores vazios assistenciais do estado. Esse isolamento é agravado pela fragmentação populacional: com 10 dos 15 municípios da região possuindo menos de 5 mil habitantes, a baixa escala populacional inviabiliza a sustentabilidade econômica e técnica de serviços de média e alta complexidade em cada localidade isoladamente, dificultando também a fixação de profissionais especialistas.

Em seu perfil demográfico, a região abrange uma área territorial de 36.182 km² e uma densidade demográfica de 2,42 habitantes/km², com uma população de 87.640 habitantes, o que representa 2,39% da população total do estado (IBGE, 2022). Tal cenário impõe a necessidade imperativa de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) regionalizada e cooperativa, única forma de superar a insuficiência de recursos locais.

As únicas referências estaduais em saúde hospitalar na região são o Hospital Regional de Arraias (Porte I) e o Hospital Regional de Dianópolis (Porte II). Embora

auxiliem na assistência, essas unidades apresentam as limitações já mencionadas, carecendo inclusive de uma maternidade para casos obstétricos e pediátricos de maior complexidade.

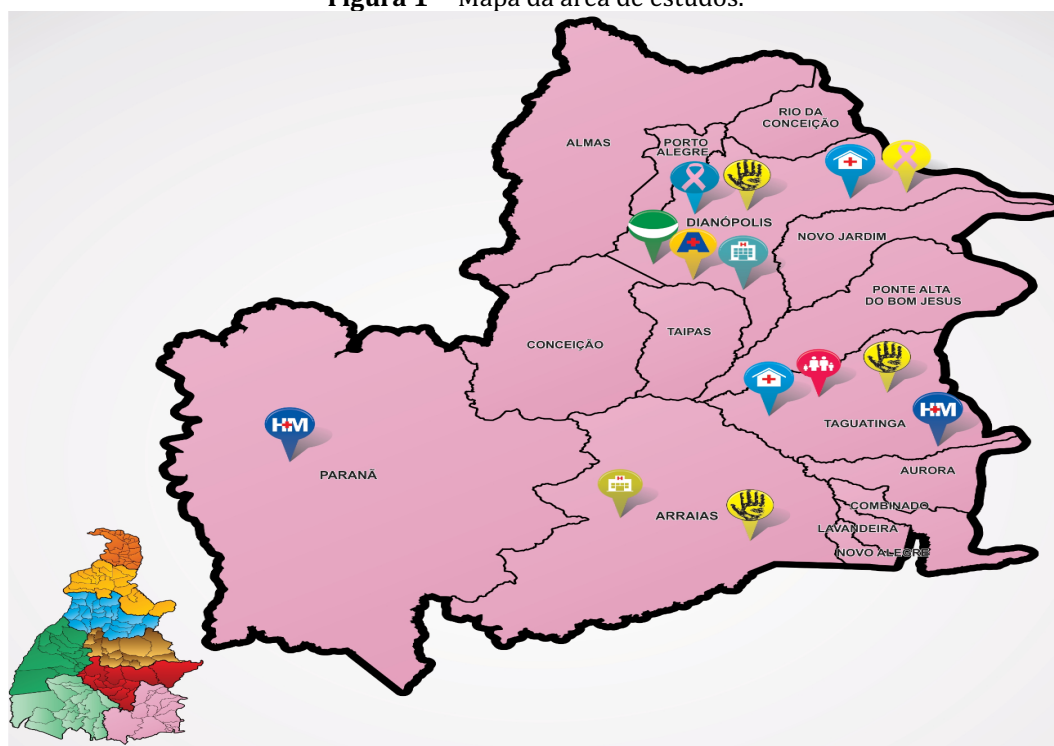
Em decorrência dessa fragilidade estrutural, a prática da "ambulancioterapia" torna-se a regra e não a exceção. Nesse contexto, o deslocamento constante de pacientes deixa de ser apenas um problema de transporte logístico para se tornar a manifestação física da falha na garantia da integralidade e da equidade prometidas pela Constituição Federal. O isolamento tecnológico da região converte o direito à saúde em uma jornada de deslocamentos exaustivos para Palmas, para os estados vizinhos da Bahia e Goiás.

Diante desse cenário, este estudo busca responder à seguinte questão: Em que medida a capacidade instalada de recursos físicos, tecnológicos e humanos na Região de Saúde Sudeste do Tocantins atende aos parâmetros normativos de assistência, e como os vazios assistenciais identificados explicam a dependência de fluxos externos e a prática da 'ambulancioterapia'?"

2. Metodologia

O cenário do estudo compreende a Região de Saúde Sudeste do estado do Tocantins, composta por 15 municípios, conforme detalhado na Figura 1. A imagem apresenta a distribuição espacial e os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) regional, incluindo Hospitais Regionais de Referência, Hospitais Municipais e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Figura 1– Mapa da área de estudos.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins (2014).

Este estudo possui caráter descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa e foco documental. O objetivo central consiste em analisar a capacidade instalada regional e identificar os pontos de estrangulamento (gargalos) na oferta de serviços de média e alta complexidade.

A coleta de dados fundamentou-se em fontes secundárias oficiais. Foram utilizados



o Plano Regional Integrado e a Análise da Situação de Saúde (PRI/ASIS) da Região Sudeste do Tocantins (referentes a 2022), além de informações do DATASUS, com tabulações de saúde obtidas via TABNET. Complementarmente, foram consultadas as bases de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). A análise temporal priorizou os dados da competência 11/2025, mas também incluiu um panorama histórico cobrindo o período de 2021 a 2025.

A metodologia fundamentou-se na triangulação de diferentes fontes de dados, sobre infraestrutura, leitos e profissionais com vínculos ativos extraídos do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Esse processo permitiu comparar a capacidade instalada real com a capacidade planejada, registrada na Análise da Situação de Saúde (ASIS) da Região Sudeste, e com a capacidade ideal, estabelecida pelos parâmetros da Portaria nº 1.631/2015 do Ministério da Saúde.

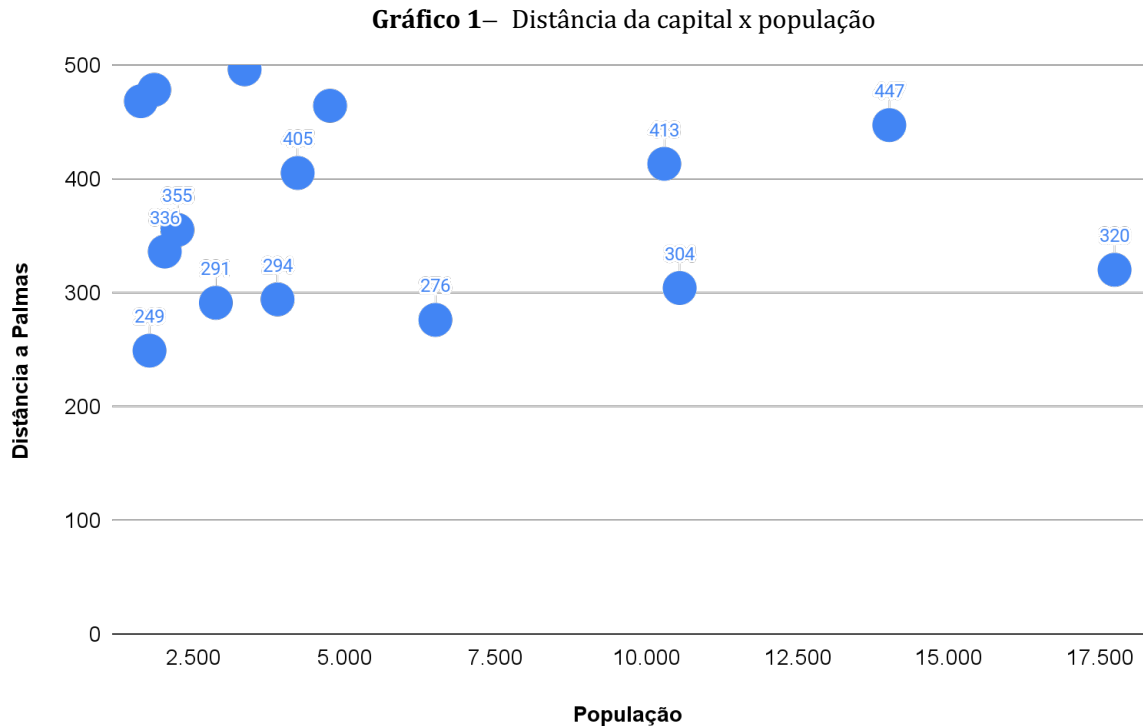
Para a análise demográfica, utilizou-se o Censo de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Realizou-se também uma análise da acessibilidade geográfica. Esta foi baseada em uma tabela da SESAU que apresenta as distâncias entre os municípios e seus respectivos pontos de referência assistencial. As distâncias rodoviárias médias entre os municípios e seus respectivos pontos de referência assistencial foram estimadas para inferir o impacto do deslocamento no tempo de resposta a urgências e emergências.

Os dados foram tabulados no Google Sheets e processados via estatística descritiva (frequência absoluta e relativa). Por utilizar exclusivamente dados secundários de acesso público, o estudo dispensa aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Resolução nº 510/2016 do CNS, mantendo, contudo, o compromisso com a integridade científica e o uso estritamente acadêmico das informações.

3. Resultados e Discussão

3.1 Perfil regional

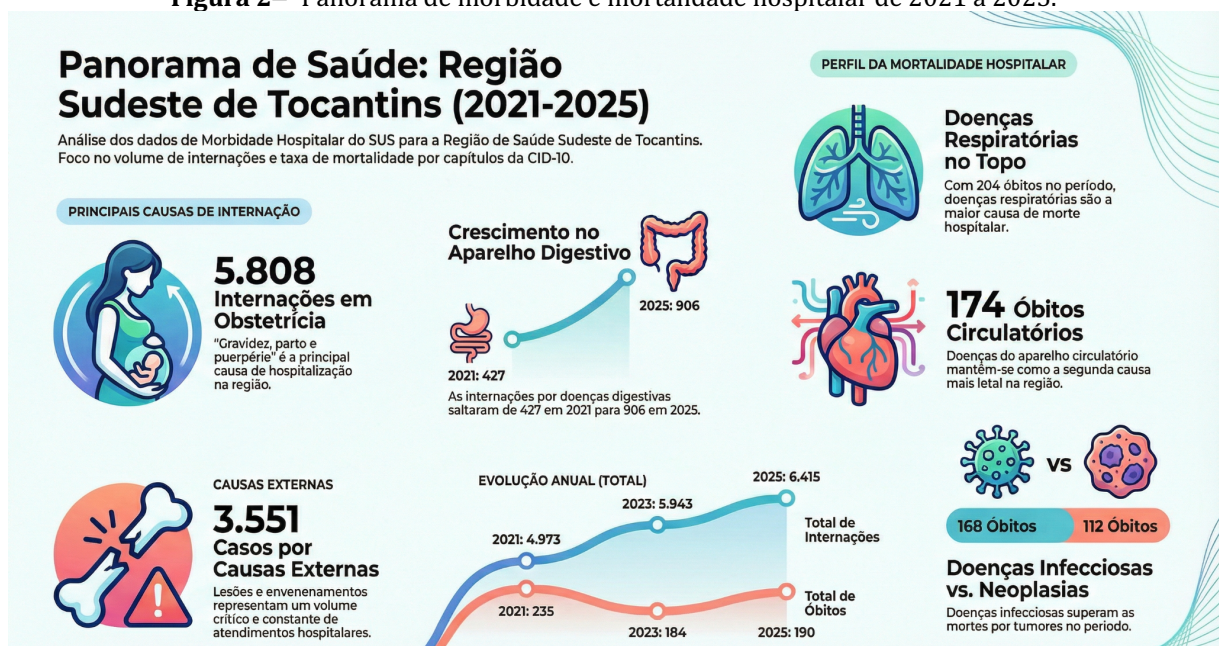
Conforme gráfico 1, os dados revelam valores extremos que indicam uma distribuição muito desigual dos recursos e habitantes. A maior cidade, Dianópolis (17.739 hab.), é mais de 10 vezes maior em população do que a menor, Lavandeira (1.626 hab.). O município de Paranã (11.217 km²) destaca-se sendo quase cinco vezes maior que a área média (2.412 km²) das cidades analisadas. Outro ponto é que a população média ficou em 5.843 hab e a distância média até Palmas é de 373 km, sendo a maior distância 496 km saindo da cidade de Aurora. Fica evidente também que dos 15 municípios, apenas 5 apresentam uma população maior do que 5 mil habitantes.



Fonte: Elaborado pelo autor (11/2025).

Entre os anos de 2021 a 2025 a região apresentou um total de 28.967 internações que destas, 983 resultaram em óbitos, entretanto as principais causas variam consideravelmente entre si. Conforme figura 2, entre as principais causas de internação observa-se questões sobre a gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho digestivo, lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas. Quanto às internações que acabaram se tornando óbitos, destaca-se doenças do aparelho respiratório, circulatório, algumas doenças infecciosas e parasitárias.

Figura 2– Panorama de morbidade e mortalidade hospitalar de 2021 a 2025.



Fonte: Tabnet - SIH/SUS Produção hospitalar (2021-2025).



Considerando o período de 2021 a 2025, a demanda por serviços de saúde, refletida pelo número de internações, apresentou um crescimento notável em vários capítulos do CID-10. Esse crescimento pode ser analisado de duas formas: pelo aumento total de pacientes (volume absoluto) e pela velocidade desse aumento (crescimento proporcional).

Tabela 1– Capítulos com maior crescimento em volume absoluto.

Nº	Capítulo	2021	2025
01	XI. Doenças do aparelho digestivo	427	906
02	XIV. Doenças do aparelho geniturinário:	244	540
03	X. Doenças do aparelho respiratório:	388	642

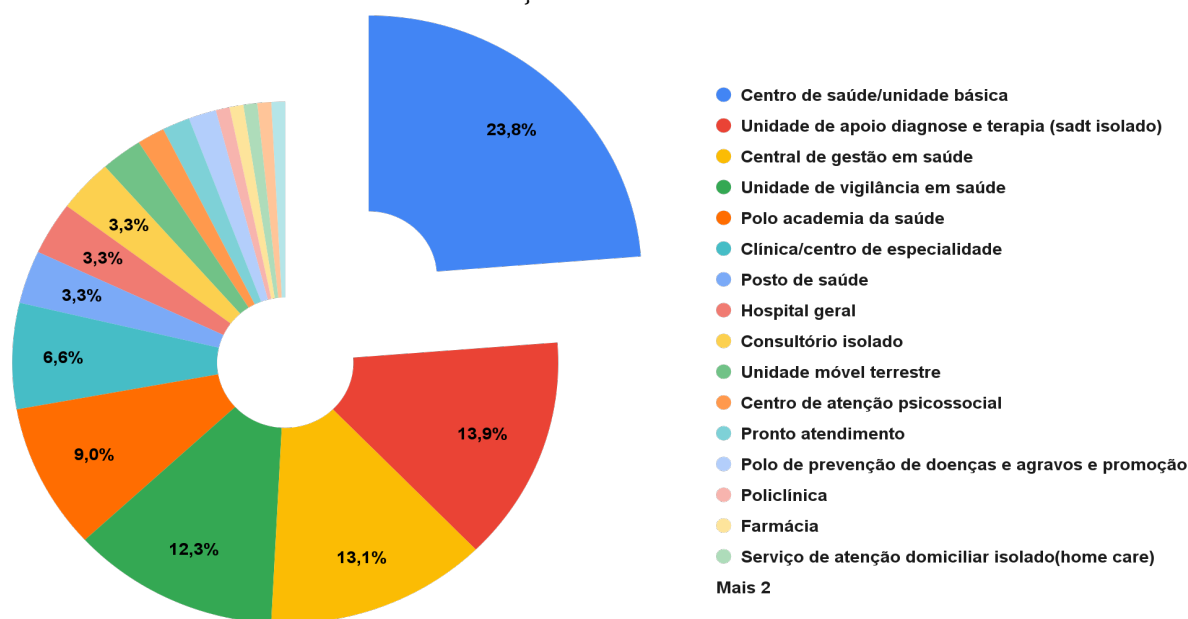
Fonte: Tabnet - SIH/SUS Produção hospitalar (2021-2025).

A proporção revela que categorias menores, como doenças da pele e do tecido subcutâneo, tiveram grande aumento na demanda, quase triplicando as internações de 77 em 2021 para 216 em 2025. Em contraste, causas historicamente volumosas, como algumas doenças infecciosas e parasitárias, Gravidez, parto e puerpério, diminuíram no mesmo período.

Com base no panorama geral extraído do SCNES, gráfico 2, a microrregião analisada possui um total de 122 estabelecimentos de saúde. Sendo 29 Unidades Básicas, 17 unidades de apoio diagnóstico que em sua grande maioria são laboratórios de análises clínicas.

Quanto à natureza jurídica dos estabelecimentos, a predominância é pública, com um total de 94 unidades. Em seguida, encontram-se 26 estabelecimentos privados e apenas 2 de natureza filantrópica, sem fins lucrativos. Adicionalmente, no tocante à rede de apoio que complementa os serviços da rede pública, é importante destacar as 10 unidades de natureza jurídica privada que possuem convênio com o SUS, sendo 2 sob a gestão estadual.

Gráfico 2– Classificação de estabelecimentos de saúde.



Fonte: Tabnet - CNES estabelecimentos (11/2025).



Com base na população informada de 87.640 habitantes e no número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) identificadas no diagnóstico regional (PRI) e confrontado posteriormente no CNES, foi calculada a razão de habitantes por Unidades Básicas de Saúde (UBS), obtida pela fórmula:

$$\text{Razão de habitantes por UBS} = \text{população} / \text{total de ubs}$$

Cada UBS atende em média 3.022 habitantes, o dado demonstra que no que diz respeito à atenção básica, a região está adequada e muito próxima da média recomendada pelo Ministério da Saúde (1:3.000).

No entanto, o documento de Parâmetros do SUS orienta o planejamento da Atenção Básica principalmente através da cobertura das Equipes de Saúde da Família (ESF), e não apenas pela estrutura física. Uma Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade e vulnerabilidade.

Embora existam 29 unidades físicas, a capacidade assistencial é ampliada pelas 38 equipes que atuam nessas unidades, diante disso, um novo cálculo foi realizado.

$$\text{Razão de habitantes por ESF} = \text{população} / \text{equipes}$$

Cada equipe atende, em média, 2.306 habitantes, o que demonstra que o cenário é favorável e a cobertura é superior ao parâmetro de teto, sendo ainda melhor que a média recomendada. Isso sugere que as equipes estão menos sobrecarregadas e têm maior capacidade de realizar visitas domiciliares e ações de prevenção com qualidade.

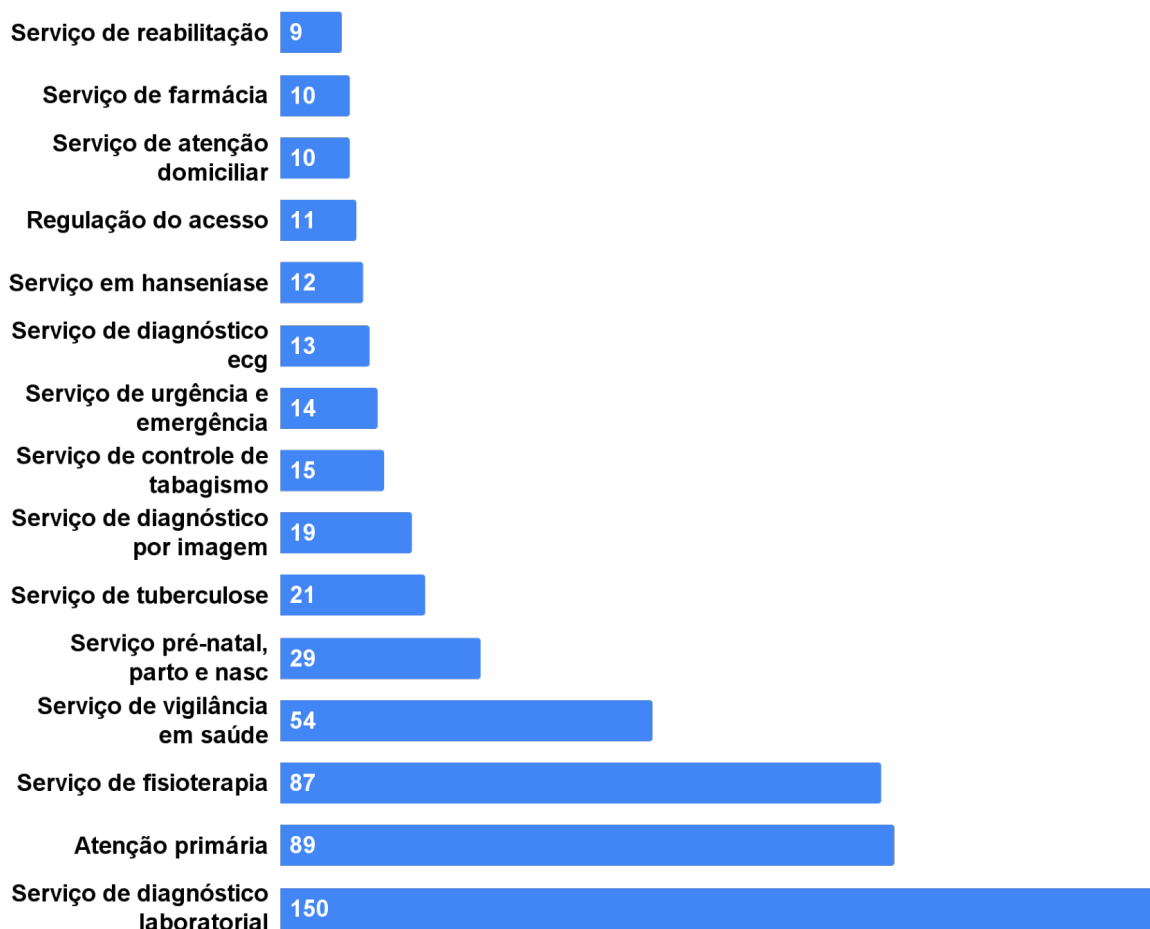
3.2 Serviços de apoio diagnóstico

A região opera quase exclusivamente sob gestão pública, com o setor privado atuando apenas de forma complementar em diagnósticos laboratoriais e reabilitação. A rede de assistência especializada é notavelmente polarizada, com a maior parte do atendimento concentrada nos municípios de Dianópolis e Arraias, que funcionam como referências regionais.

Para suprir o vazio assistencial local, os municípios deixaram de depender exclusivamente da capital do seu próprio estado (Palmas) e passaram a estruturar fluxos de atendimento — oficiais ou informais — para cidades de estados vizinhos.

Frequentemente utilizam os serviços especializados fora do estado, principalmente por estarem em busca de percursos e trajetos mais curtos, caracterizando uma forte dependência de "Saúde de Fronteira". Devido à proximidade geográfica, municípios do sul e sudeste da região (como Arraias, Combinado, Novo Alegre, Aurora, Conceição do Tocantins) dependem mais de Goiás do que da capital Palmas, tornando Campos Belos o principal polo de suporte terceirizado para a região.

Com base nos dados de estabelecimentos, serviços e classificação do serviço especializado, o gráfico 3 apresenta as informações dos serviços especializados mais comuns ofertados pelos estabelecimentos, observa-se uma concentração significativa dos estabelecimentos listados em três tipos principais: Centros de saúde/unidades básicas, Hospitais e Unidades de apoio. Juntos, esses três tipos representam mais de 80% do total.

**Gráfico 3–** Distribuição dos serviços.

Fonte: Tabnet - CNES estabelecimentos (11/2025).

A rede é desenhada como uma pirâmide de base larga, voltada para o serviço laboratorial e atenção primária; o topo é praticamente inexistente, sem oferta de urgência e emergência com classificação hospitalar. O sistema enfrenta sérios gargalos na Média e Alta Complexidade, o que gera uma alta dependência de regulação para outros centros e resulta em uma significativa demanda reprimida por procedimentos mais complexos e exames, até mesmo os mais simples como uma radiografia que exige infraestrutura adequada para sua instalação, configurando uma dependência interestadual estrutural.

A Tabela 2 ilustra, na prática, a necessidade de uma rede mais estruturada e eficiente. A ausência ou deficiência dessa rede sobrecarrega os municípios, forçando-os a gerenciar os casos mais graves da melhor forma possível, a fim de oferecer assistência ou estabilidade antes de encaminhá-los à rede responsável pelos serviços de maior complexidade.

**Tabela 2**– Estabelecimentos por serviço e classificação

Município	Estabelecimento	Serviço	Classificação	Gestão
Arraias	Hospital	Urgência e emergência	● Estabilização de paciente crítico/grave em sala de estabilização. ● Pronto atendimento clínico.	Estadual
Dianópolis				
Taguatinga			● Estabilização de paciente crítico/grave em sala de estabilização. ● Pronto atendimento clínico. ● Pronto socorro. ● Ambulância de Transporte.	Municipal
Almas	Pronto atendimento	Urgência e emergência	● Estabilização de paciente crítico/grave em sala de estabilização.	Gestão dupla
Ponte Alta do Bom Jesus			● Estabilização de paciente crítico/grave em sala de estabilização. ● Pronto atendimento clínico.	Municipal
Combinado	Ubs	Urgência e emergência	● Ambulância de transporte.	Municipal
Conceição do Tocantins			● Estabilização de paciente crítico/grave em sala de estabilização.	Municipal
Lavandeira			● Estabilização de paciente crítico/grave em sala de estabilização.	Municipal
Novo Alegre			● Estabilização de paciente crítico/grave em sala de estabilização.	Municipal

Fonte: Tabnet - CNES estabelecimentos (11/2025).

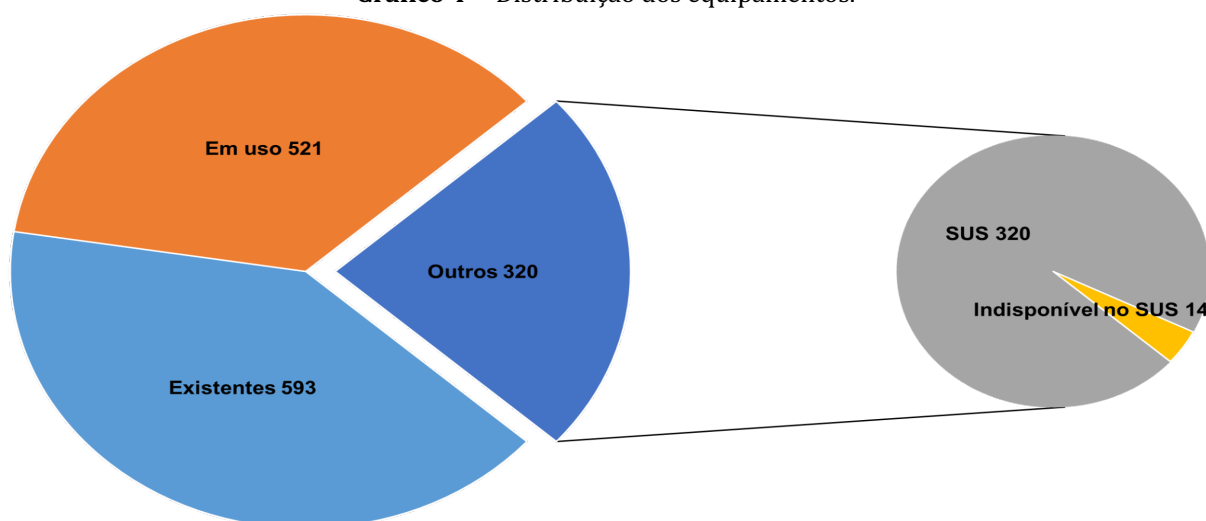
*Embora o município de Paranã tenha uma unidade hospitalar, o serviço de urgência e emergência não foi encontrado cadastrado na base do CNES.

Unidades básicas de saúde com serviço de urgência e emergência, não são o padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde, mas sim a exceção por consequência da necessidade. Observa-se também que o município de Paranã embora tenha um hospital municipal como mencionado, não apresenta no SCNES o serviço de urgência e emergência, o que sugere erro de cadastro.

Além da infraestrutura física das unidades, a capacidade resolutiva da região depende intrinsecamente do parque tecnológico disponível, analisado a seguir.

3.3 Equipamentos

A análise dos equipamentos disponíveis para os usuários do SUS na região revela uma limitação de recursos tecnológicos, chegando à inexistência em alguns casos, com a indisponibilidade de 14 itens. Este dado, detalhado no gráfico 4, reforça o argumento central deste artigo: o "vazio assistencial" manifesta-se em várias esferas, confirmando a Atenção Básica como o alicerce fundamental da região.

Gráfico 4– Distribuição dos equipamentos.

Fonte: Tabnet - CNES recursos físicos (11/2025).

O inventário de aparelhos soma mais de 50 itens, abrangendo desde monitor de pressão não invasivo e reanimador pulmonar/ambu, até caneta de alta rotação e equipo odontológico, entre outros. A tabela 3 apresenta apenas os 15 primeiros itens em maior quantidade, contudo, essa relação demonstra claramente que a maior parte dos dispositivos é destinada à Atenção Básica, abrangendo instrumentos essenciais para triagem, consultas de rotina, procedimentos de baixa complexidade e saúde bucal.

Tabela 3– Equipamentos existentes

Equipamento	Existente
Monitor de pressão não-invasivo	84
Reanimador pulmonar/ambu	64
Caneta de alta rotação	46
Equipo odontológico	41
Caneta de baixa rotação	38
Compressor odontológico	37
Fotopolimerizador	37
Amalgamador	32
Bomba de infusão	23
Respirador/ventilador	18
Eletrocardiógrafo	17
Monitor de ecg	14
Ultrassom convencional	12
Aparelho de profilaxia c/ jato de bicarbonato	11
Controle ambiental/ar-condicionado central	11

Fonte: Tabnet - CNES recursos físicos (11/2025).

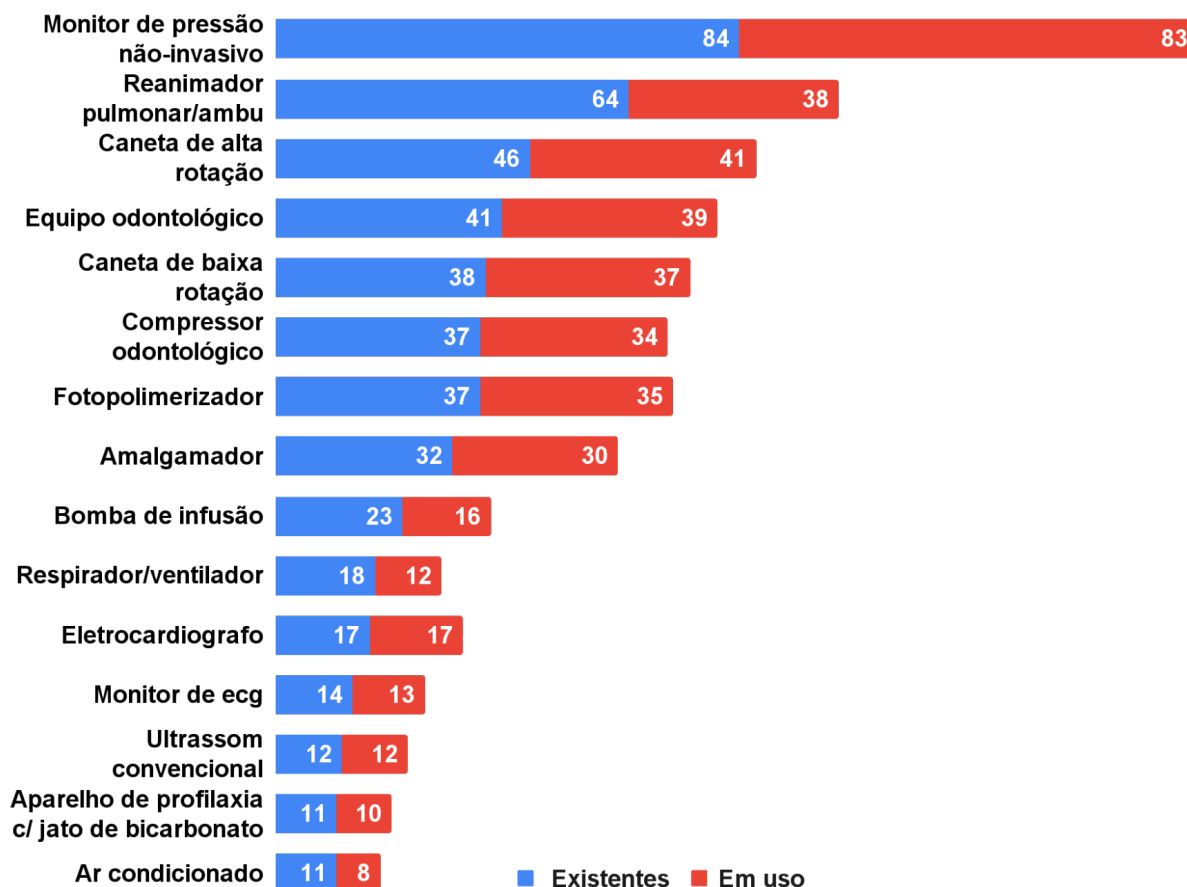


3.4 O gargalo da manutenção (existentes x em uso)

O cenário é preocupante, este indicador mostra um gargalo da manutenção, equipamentos que foram comprados e estão listados como existentes, mas estão parados, sugerindo defeito ou falta de manutenção.

O Gráfico 5 revela uma alarmante inoperância de equipamentos vitais na região. Dos 18 respiradores/ventiladores disponíveis, apenas 12 estão em uso, indicando que 33% da capacidade de suporte ventilatório está parada, o que configura um desperdício crítico de itens de suporte à vida. A situação se repete com as bombas de infusão: das 23 existentes, 16 estão operacionais, resultando em quase 30% desses equipamentos essenciais para UTIs e administração de medicação controlada fora de serviço. A maior discrepância, contudo, é observada nos reanimadores pulmonares: 64 existem, mas apenas 38 estão em uso, representando uma falha massiva em equipamentos básicos de emergência.

Gráfico 5– Equipamentos existentes x Em uso.



Fonte: Tabnet - CNES recursos físicos (11/2025).

3.5 A barreira do acesso (em uso x SUS)

Este é o indicador mais crítico: ele revela equipamentos operacionais que, contudo, permanecem inacessíveis na rede pública, essa indisponibilidade cria uma significativa barreira de acesso para os usuários, resultando na prática em uma rede SUS regional "cega e surda" em termos de tecnologia.

A tabela 4 mostra que tais equipamentos existem e estão em pleno funcionamento, mas encontram-se restritos ao setor privado, como Cadeira Oftalmológica, Coluna, Lensômetro, Retinoscópio e Tonômetro estão disponíveis na região, com uma unidade em



uso para cada. No entanto, nenhum estabelecimento do SUS oferece esses serviços; o SUS disponibiliza apenas o equipamento básico (Oftalmoscópio). Adicionalmente, existem 3 Audiômetros e 3 Cabines Acústicas operacionais na região, mas o acesso a esses serviços não está listado em nenhum estabelecimento do SUS.

Tabela 4— Equipamentos em uso x Disponíveis no SUS.

Equipamento	Em uso	SUS
Audiômetro de dois canais	3	0
Cabine acústica	3	0
Eletroencefalógrafo	3	0
Cadeira oftalmológica	1	0
Coluna oftalmológica	1	0
Emissões otoacústicas evocadas por produto de distorção	1	0
Emissões otoacústicas evocadas transientes	1	0
Endoscopia das vias respiratórias	1	0
Equipamentos para optometria	1	0
Lensômetro	1	0
Projektor ou tabela de optotipos	1	0
Retinoscópio	1	0
Tomógrafo computadorizado	1	0
Tonômetro de aplanção	1	0

Fonte: Tabnet - CNES recursos físicos (11/2025).

É crucial ressaltar a escassez de certos equipamentos essenciais, alguns deles não estão disponíveis devido à falta de convênio com o SUS ou simplesmente por inexistência na região, como é o caso de aparelhos de imagem vitais para diagnósticos de urgência e emergência, a exemplo da tomografia e da ressonância magnética. A tomografia até existe na região na cidade de Dianópolis, mas sem um convênio firmado, enquanto a ressonância sequer está disponível.

O único registro de tomografia disponível pelo SUS na região é no município de Novo Alegre, no entanto, o CNES indica que este serviço é terceirizado para Campos Belos (GO). Já Taguatinga (TO) lista o serviço de Ressonância Magnética, com o local de terceirização para Luís Eduardo Magalhães (BA).

A urgência no atendimento de um paciente com suspeita de AVC em Dianópolis, que necessita de tomografia para um diagnóstico rápido, é dificultada. Embora haja um tomógrafo privado na cidade, a rede SUS o direciona para Palmas (via regulação estadual) ou, dependendo dos arranjos locais de outros municípios, para Goiás.

Adicionalmente, existe o problema do mamógrafo: a região conta com apenas um aparelho, disponível via SUS. Contudo, em caso de necessidade de manutenção ou falha deste equipamento, o serviço é imediatamente interrompido, sem qualquer previsão de retorno.

No ultrassom Doppler, dos 6 aparelhos em uso, apenas 2 estabelecimentos SUS oferecem o exame. Isso força o paciente do SUS a migrar para o pagamento particular ou fila de regulação estadual quando há a possibilidade, superlotando outros pontos da RAS.

A região possui um parque tecnológico que sofre de ociosidade por manutenção em equipamentos vitais (respiradores) e segregação de acesso em diagnósticos especializados (olhos, ouvidos e tomografia). O SUS sustenta fortemente a "ponta" do sistema (boca, pré-natal, triagem), mas perde a capacidade de resolução assim que a complexidade do paciente exige equipamentos de suporte à vida ou diagnósticos sensoriais.

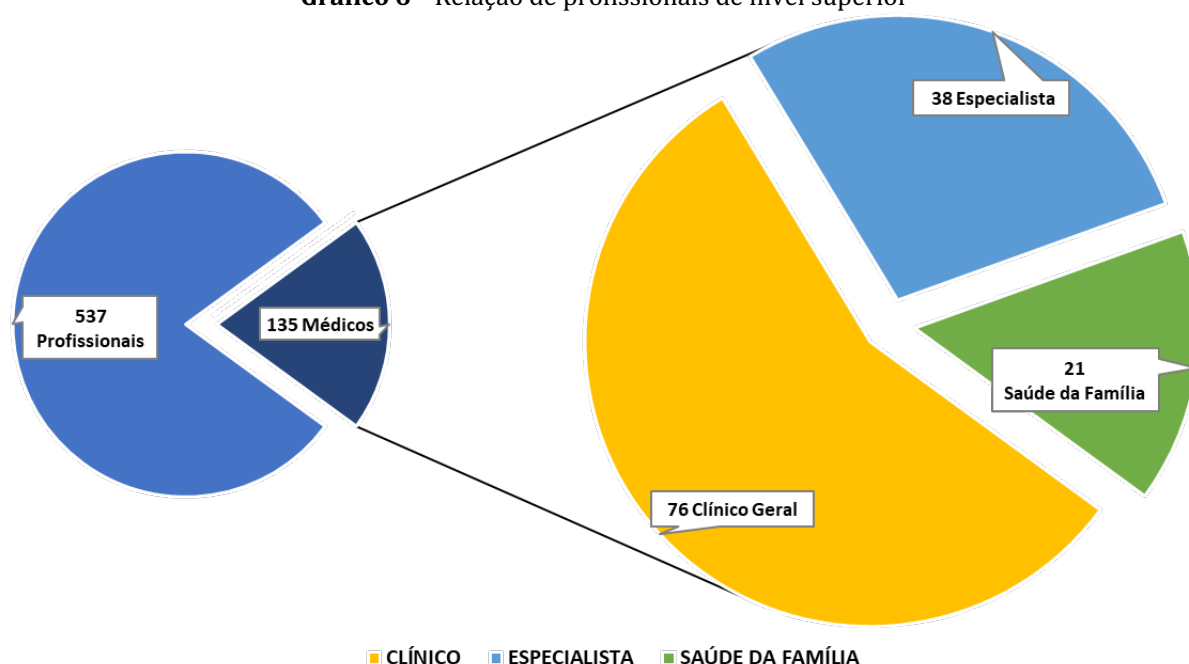
3.6 Rede de atendimento na região

O panorama geral dos profissionais de saúde de nível superior na Região de Saúde Sudeste do Tocantins é caracterizado por um contingente diversificado, contando com um total de 537 profissionais, porém marcado por desigualdades na distribuição geográfica e déficit de mão de obra especializada em áreas críticas.

Com forte protagonismo e representando a maior categoria da região, a Enfermagem conta com um total de 169 profissionais, distribuídos entre 127 Enfermeiros Gerais, 40 Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e 02 Enfermeiros Sanitaristas. A área de Odontologia possui 56 profissionais, sendo 34 Cirurgiões-dentistas da Estratégia de Saúde da Família, 20 Cirurgiões-dentistas clínicos gerais, 01 Cirurgião-dentista endodontista e 01 Cirurgião-dentista periodontista. Já a Fisioterapia tem 35 profissionais: 34 Fisioterapeutas gerais e 01 Fisioterapeuta neurofuncional.

A região conta com 135 profissionais de categorias médicas, o que representa cerca de 25% do total de sua força de trabalho de nível superior, conforme ilustrado no Gráfico 6.

Gráfico 6— Relação de profissionais de nível superior



Fonte: Tabnet - CNES recursos humanos (11/2025).

A distribuição dos 135 médicos da região é extremamente desigual, com forte concentração em dois polos: Dianópolis (63 médicos) e Arraias (29 médicos), que somam quase 70% do total. Os 43 médicos restantes estão divididos entre os outros 13 municípios, alguns com apenas 1 ou 2 profissionais, conforme a Tabela 5.

**Tabela 5—** Rede de especialidades médicas.

Médicos	Quantidade
Médico Clínico	76
Médico da estratégia de Saúde da Família	21
Médico Cirurgião Geral	10
Médico Pediatra	7
Médico Anestesiologista	5
Médico psiquiatra	4
Médico ortopedista e traumatologista	4
Médico cardiologista	3
Médico Ginecologista Obstetra	2
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	1
Médico oftalmologista	1
Médico urologista	1

Fonte: Tabnet - CNES recursos humanos (11/2025).

As categorias médicas mais comuns focam na atenção primária e geral, sendo 76 Médicos Clínicos e 21 Médicos da Estratégia de Saúde da Família. Se considerarmos especificamente o recorte de médicos que realizavam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a região contava com 62 médicos no total em julho de 2022 conforme o PRI.

Sobre a natureza jurídica, 75 possuem vínculo com Órgãos Públicos do Poder Executivo Estadual, 54 possuem vínculo com os Municípios e apenas 6 estão vinculados à rede privada. Isso significa que 129 dos 135 médicos (cerca de 95% do total) possuem vínculo direto com a administração pública.

Em resumo, a força de trabalho de nível superior no sudeste do Tocantins é quase inteiramente dedicada ao atendimento na rede pública (SUS), visto que cerca de 95% dos médicos possuem vínculos diretos com o Estado ou Municípios. A assistência prestada é ancorada fortemente na categoria da Enfermagem (maior volume de profissionais) e em médicos clínicos/generalistas.

No entanto, o sistema enfrenta dois gargalos estruturais profundos: uma distribuição geográfica muito desigual, com os profissionais concentrados quase que totalmente nos dois municípios polos (Dianópolis e Arraias), e uma crítica escassez de médicos especialistas. Essa falta de especialistas e de suporte de média complexidade resulta em baixa resolutividade dos hospitais locais, gerando alta demanda reprimida e obrigando a população a se deslocar frequentemente para outras regiões (via Tratamento Fora de Domicílio - TFD) em busca de cirurgias, exames e consultas especializadas.

3.7 Realidade x Critérios e parâmetros do Ministério da Saúde

A análise comparativa entre os dados da Região de Saúde Sudeste do Tocantins e os Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde do SUS (2015) demonstra a aplicação prática da teoria do planejamento na realidade local.

O cenário é de contrastes: apesar dos progressos notáveis na atenção básica, com uma cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) acima do recomendado, o sistema



apresenta sérias deficiências. A Atenção Primária, embora robusta em alcance (a "porta de entrada" está aberta), tem sua resolutividade questionável.

Os dados do CNES, do Diagnóstico Regional (ASIS) e do documento oficial da Portaria 1.631/2015 revelam que o maior gargalo reside na alta complexidade, nas especialidades e na Atenção Especializada e Hospitalar. Essa última é ineficiente e concentra-se geograficamente, criando "vazios assistenciais" que comprometem o acesso e violam os parâmetros oficiais de tempo-resposta, sendo esse o detalhe que mais impacta a Região Sudeste do Tocantins, que possui um território imenso (36.182 km²) e uma densidade demográfica muito baixa (2,42 hab/km²).

O Ministério da Saúde propõe que os parâmetros não sejam apenas restritivos, mas orientados pelas necessidades de saúde da população, visando a redução de desigualdades, a reorientação das necessidades e a regionalização do acesso, a tabela 6 mostra essa correlação entre a capacidade instalada e os parâmetros do Ministério da Saúde.

Tabela 6- Correlação capacidade instalada x parâmetros MS.

Equipamento	Parâmetro de Acesso (MS)	Capacidade Instalada SUS	Análise do Vazio
Ressonância Magnética	60 km ou 60 minutos de deslocamento.	Equipamento inexistente na região.	Diagnóstico tardio de doenças crônicas e neoplasias. Alta demanda reprimida para exames.
Tomografia	01 equip. /100.000 hab. OU abrangência de 75 km (o que for atingido primeiro, para garantir acesso em urgências).	Inexistência de contrato na rede SUS regional.	Municípios terceirizam para outros estados (GO/BA). Violação do parâmetro de tempo-resposta para urgências (AVC/Trauma).
Mamografia	60 km ou 60 minutos de deslocamento.	01 Equipamento em Dianópolis.	Violação do parâmetro de distância, mulheres viajam mais de 100 km. Desestimula o rastreamento.
Ultrassom	150 exames/1.000 hab/ano.	13 Aparelhos. 02 com Doppler.	Tecnologia obsoleta Alto risco materno-infantil, deslocamento por mais de 30 min. ou 30 km. Baixa captação de gestantes até a 12ª semana.

Fonte: Tabnet - CNES recursos físicos (11/2025).

De acordo com as prioridades e necessidades levantadas na Região de Saúde Sudeste do Tocantins, existe uma quantidade insuficiente de vagas para atender as demandas de praticamente todas as especialidades médicas. No entanto, os documentos destacam que a carência é mais crítica nas seguintes áreas: Ortopedia e traumatologia, Pediatria, Neurologia clínica, Oncologia, Cardiologia, Ginecologia.

Essa escassez de médicos especialistas contribui diretamente para a baixa resolutividade dos hospitais locais e gera uma grande demanda reprimida, o PRI mostra que como reflexo dessa falta de profissionais, muitos pacientes precisam ser encaminhados para outras regiões. Os registros de TFD de 2021 mostram que, além das áreas já citadas, há uma alta demanda de transferências motivada pela carência de



atendimento em Oftalmologia (a especialidade com maior número de encaminhamentos), Hematologia, Nefrologia, Otorrinolaringologia e Gastroenterologia.

Além destas, é apontada como um problema prioritário a falta de suporte especializado de média complexidade nos hospitais da região (Hospitais Regionais de Arraias e Dianópolis) para o atendimento específico de gestantes e crianças, sendo a maternidade mais próxima na cidade de Porto Nacional.

Segundo os parâmetros do Ministério da Saúde, o planejamento de leitos hospitalares deve ser balizado pelo perfil epidemiológico e focado na redução das iniquidades, assegurando o atendimento das condições crônicas e morbidades mais frequentes.

Considerando a população de 87.640, a região precisaria de cerca de 24 leitos obstétricos ($87,6 \times 0,28$). Atualmente, a região dispõe de 24 leitos obstétricos pelo SUS (sendo 8 no Hospital Regional de Arraias, 8 no Hospital Regional de Dianópolis e os demais nos hospitais municipais). O número está dentro do ideal, embora deficitário se considerarmos apenas os leitos da gestão estadual que dá suporte real a todos os 15 municípios.

Quanto aos leitos de UTI neonatal, o parâmetro é de 2 leitos para cada 1.000 nascidos vivos, a região registrou 1.115 nascidos vivos em 2024, o que demandaria cerca de 2 a 3 leitos. No entanto, a realidade é crítica: os diagnósticos regionais apontam como problema prioritário gravíssimo a falta de suporte especializado de média complexidade para gestantes e crianças nos hospitais regionais, resultando na morosidade da regulação em gestações de alto risco e na necessidade de transferências para Palmas (Hospital Dona Regina).

Como a população é inferior ao corte mínimo de 100 mil habitantes, a região não se enquadra obrigatoriamente no parâmetro de construção isolada de um Centro de Parto Normal.

A Realidade Regional mostra que em 2022 a região tinha 112 leitos, atualmente possui 156 leitos SUS distribuídos em seus hospitais (55 clínicos, 50 cirúrgicos, 24 obstétricos, 24 pediátricos e 3 de outras especialidades). As taxas de ocupação dos maiores hospitais são muito baixas (ex: HR de Arraias com 24,46% e HR de Dianópolis com 25,33% em 2021).

Embora haja leitos fisicamente disponíveis e baixa taxa de ocupação, a região falha no parâmetro da resolutividade. O ASIS aponta que a baixa resolutividade hospitalar é um dos principais problemas da região. Isso ocorre devido à escassez crítica de profissionais médicos especialistas, inviabilizando que os leitos existentes sejam utilizados para procedimentos de média e alta complexidade cirúrgica.

Os parâmetros focam na harmonização da oferta e na garantia do acesso o mais próximo possível do domicílio, fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde, a incapacidade da região de cumprir as recomendações de oferta de consultas e cirurgias especializadas gera uma explosão de encaminhamentos para TFD.

Em 2021 houve uma demanda reprimida assustadora: mais de 22.760 solicitações represadas na Central Reguladora da Macro Centro-Sul (grande parte destinada ao Hospital Geral de Palmas e clínicas de diagnóstico). O déficit vai contra o parâmetro do SUS de prover equidade local, forçando o paciente a extensos deslocamentos para conseguir atendimento cirúrgico ou oncológico.

Ao cruzar os dados, percebe-se que a Região Sudeste do Tocantins cumpre satisfatoriamente os parâmetros quantitativos de Atenção Básica (equipes de ESF). No entanto, ela falha gravemente no cumprimento dos parâmetros qualitativos e de retaguarda da Média e Alta Complexidade (falta de UTI Neonatal, falta de leitos de UTI



Adulto, carência de especialistas) estipulados pelo Ministério da Saúde, o que trava a rede de urgência e emergência e sobrecarrega o sistema de regulação estadual.

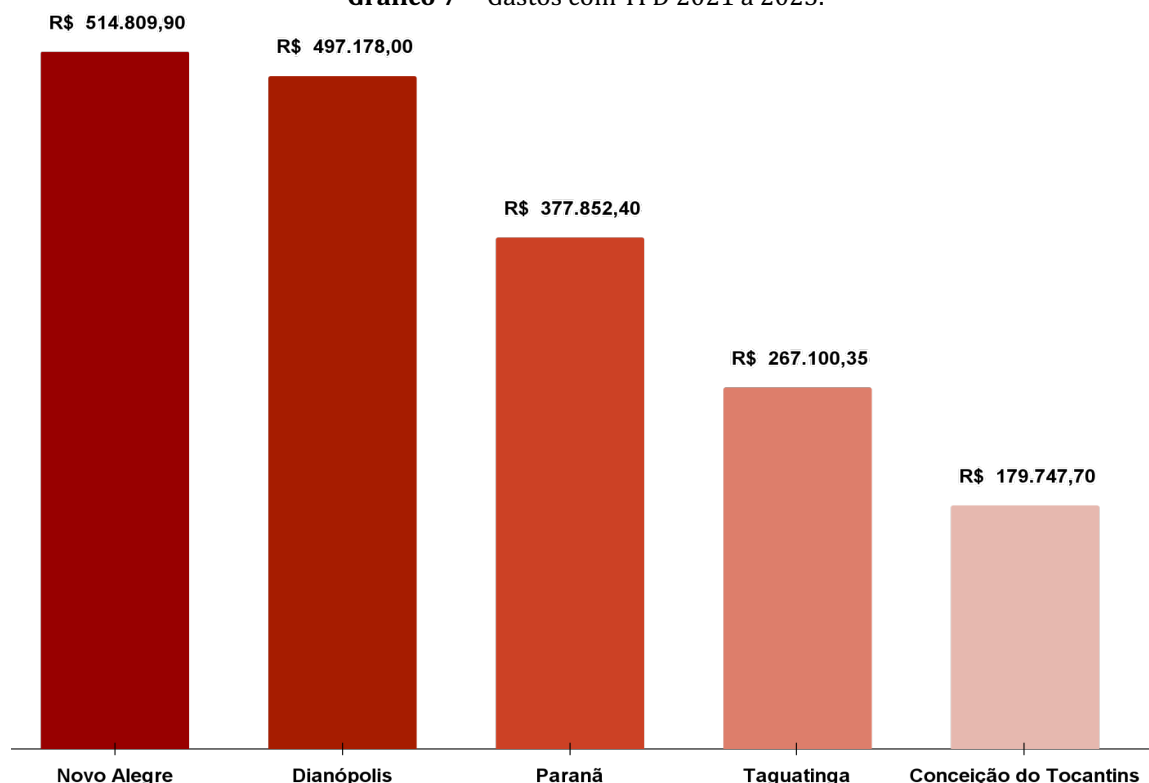
O sistema preconiza que a média complexidade (ortopedia, obstetrícia, pediatria, tomografia) precisa estar perto do cidadão, algo que a região hoje não consegue cumprir, recorrendo às ambulâncias do TFD.

3.8 Custo do tratamento fora do domicílio

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, o pagamento de despesas de TFD (faturadas via Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS) só é permitido quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município do paciente. O objetivo é garantir o acesso à saúde, cobrindo despesas de transporte (aéreo, terrestre e fluvial) e ajudas de custo para alimentação e pernoite, tanto para o paciente quanto para um acompanhante, quando houver indicação médica.

Entre 2021 e 2025, a Região de Saúde Sudeste do Tocantins apresentou uma produção de 405.478 procedimentos relacionados ao tratamento fora do domicílio, um custo total de R\$ 2.600.488 com procedimentos de TFD, sendo que o pico de gastos ocorreu no ano de 2023, consumindo R\$ 737.501 dos recursos públicos. Os cinco municípios que mais geraram custos com TFD no período analisado foram:

Gráfico 7– Gastos com TFD 2021 a 2025.

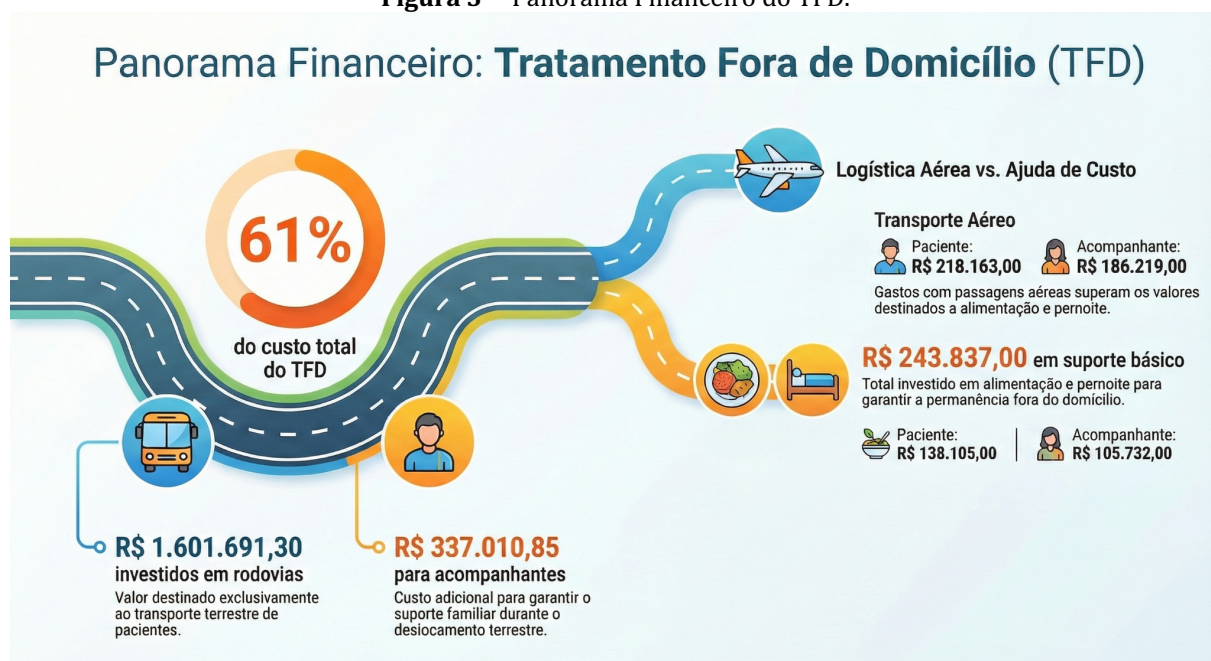


Fonte: Tabnet - SIA/SUS Produção ambulatorial (2021 - 2025).

A quebra financeira dos valores corrobora a tese, evidenciando que a maior parte do dinheiro não está indo para o tratamento em si, mas para a logística de estradas. Conforme figura 3, os custos totais do período (2021-2025) foram distribuídos da seguinte forma:



Figura 3– Panorama Financeiro do TFD.



Fonte: Tabnet - SIA/SUS Produção ambulatorial (2021-2025).

Os dados financeiros reforçam que os vazios assistenciais custam caro. Na ausência de capacidade instalada para resolver os problemas de saúde localmente, a determinação normativa de que o paciente deve buscar atendimento fora acaba drenando milhões de reais do sistema de saúde da região apenas para manter a população em trânsito pelas rodovias.

3.9 A Governança regional e o papel do estado

A governança do SUS no nível regional tem na CIR seu principal espaço de deliberação. Entrevistas com gestores tocantinenses (conforme estudos de Shimizu et al., 2020) demonstram que, embora a CIR seja vista como um avanço para o compartilhamento de decisões, ela esbarra na insuficiência de recursos financeiros e na defasagem da Tabela SUS. A dificuldade em contratar prestadores privados para cobrir vazios assistenciais é agravada pelos valores tabelados, e a morosidade nos repasses financeiros compromete a autonomia regional.

Além disso, a assimetria entre os municípios faz com que o Estado atue muitas vezes como um prestador direto de serviços na capital (Palmas), ao invés de atuar como coordenador indutor do desenvolvimento no interior. Para que a Região Sudeste alcance a suficiência sanitária almejada, o modelo necessita transitar de uma descentralização autárquica (cada município por si) para um federalismo cooperativo real, onde o Estado assuma plenamente sua função de Autoridade Sanitária Regional.

4. Conclusão

A presente pesquisa teve como objetivo central analisar a capacidade instalada e identificar os vazios assistenciais na Região de Saúde Sudeste do Tocantins, buscando compreender como as fragilidades estruturais de média e alta complexidade repercutem na garantia do direito constitucional à saúde. Ao finalizar este estudo, é possível afirmar que os objetivos foram plenamente atingidos, revelando um cenário de contrastes profundos entre a robustez da Atenção Primária e a precariedade dos níveis secundário e terciário de atenção.



No que tange ao preenchimento da lacuna teórica identificada inicialmente, este trabalho demonstrou que a "ambulancioterapia" não é apenas uma estratégia logística de transporte de pacientes, mas sim a manifestação física e geográfica da falha na integralidade e equidade prometidas pela Constituição de 1988. Enquanto autores como Dowbor (2009) enfatizam a universalidade como conquista legal, os dados coletados revelam que, no Sudeste do Tocantins, essa universalidade é cerceada pela distância e pela inoperância técnica. A dependência de fluxos externos para diagnósticos estratégicos e consultas especializadas confirmou a hipótese de que a região opera sob uma rede "cega e surda", onde a tecnologia existe (em municípios como Dianópolis e Arraias), mas permanece inacessível ao SUS por falhas de contratualização e manutenção.

A análise crítica dos resultados evidencia uma concentração assimétrica de recursos. Embora a cobertura da Estratégia Saúde da Família apresente indicadores favoráveis (1 equipe para cada 2.306 habitantes), superando os parâmetros ministeriais, a resolutividade do sistema é drenada pela escassez de especialistas e pela alarmante inoperância de equipamentos vitais — como o fato de 33% dos respiradores e 30% das bombas de infusão estarem fora de uso. Esse diagnóstico corrobora a tese de Menicucci e Marques (2016) de que a descentralização, sem um planejamento regional estratégico e cooperativo, acaba por aprofundar as disparidades locais em vez de mitigá-las.

Um dos achados mais impactantes refere-se ao custo do Tratamento Fora de Domicílio (TFD). O montante de R\$ 2,6 milhões despendidos entre 2021 e 2025, dos quais 61% foram consumidos exclusivamente por logística de estradas, revela uma irracionalidade econômica: gasta-se mais para deslocar o cidadão do que para tratá-lo localmente. Tal evidência reforça a natureza sistêmica dos entraves da regionalização discutidos por Cabral (2023), apontando que a eficiência do gasto público está diretamente ligada à capacidade de fixação de profissionais e manutenção de parques tecnológicos regionais.

Diante do exposto, conclui-se que a regionalização na Região Sudeste do Tocantins ainda carece de um federalismo cooperativo real. A superação dos vazios assistenciais exige não apenas o aporte de recursos, mas uma reforma na gestão que garanta a funcionalidade dos equipamentos existentes e a interiorização de especialistas.

Para futuras pesquisas, sugere-se a exploração de alternativas de gestão que visem o aumento da autonomia da Região Sudeste do Tocantins. Uma linha de investigação seria o estudo de modelos de consórcios intermunicipais de saúde, adaptados à realidade dos 15 municípios da região, para fortalecer a cooperação.

Recomenda-se, também, pesquisar a viabilidade da implementação de centros de especialidades com gestão compartilhada dentro da própria região. Tais estudos subsidiariam a redução da dependência da capital (Palmas), promoveriam a humanização do atendimento e, consequentemente, eliminariam a necessidade da "ambulancioterapia", poupando a população das atuais e desgastantes jornadas de deslocamento.



Referências

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas envolvendo dados secundários, acesso a bases de dados e uso de informações disponíveis em domínios públicos, e dá outras providências. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.htm. Acesso em: 24 jan. 2026.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 nov. 2025.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 30 nov. 2025.
- BRASIL. 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 nov. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1963. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/3conferencia/3_CNS.pdf. Acesso em: 23 nov. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES Estabelecimentos. Brasília, DF: DATASUS, 2025. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/cnes-estabelecimentos>. Acesso em: 24 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde – TABNET. Brasília, DF: DATASUS, 2025. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 24 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002). Brasília, DF, 2002. Diário Oficial da União: seção 1, 1 mar. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 24 jan. 2026.



- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 fev. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 mar. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html. Acesso em: 24 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. (Série Parâmetros SUS, v. 1).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS. Brasília, DF: DATASUS, 2025. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus/>. Acesso em: 24 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. Brasília, DF: DATASUS, 2025. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>. Acesso em: 24 jan. 2026.
- CABRAL, Lucas M. S. "Dos Brasis que se faz um país": desafios para a regionalização da saúde no Brasil. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, UERJ. Rio de Janeiro, 2023.
- DOWBOR, Monika. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. Lua Nova, São Paulo, n. 78, p. 185–222, 2009.
- GOVERNO DO TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/TO nº 161, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre a conformação das novas Regiões de Saúde do Estado do Tocantins e as ações e serviços mínimos a serem ofertados nesses territórios. Palmas: SESAU, 2012.
- GOVERNO DO TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução CIB/TO nº 279, de 18 de outubro de 2018 (república para correção). Dispõe sobre o Protocolo Estadual de Referência e Contra-Referência de Urgência e Emergência na Rede de Atenção à Saúde do Estado do Tocantins. Palmas: SESAU, 2018.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: informações gerais sobre saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 23 nov. 2025.
- MENICUCCI, Telma; MARQUES, Alisson Maciel de Faria. Cooperação e coordenação na



implementação de políticas públicas: o caso da saúde. Dados, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 823–865, 2016.

OLIVEIRA, Vick Brito et al. O processo de regionalização da saúde em um estado do nordeste brasileiro. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 45, n. 3, p. 108–128, 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS. Regionalização da Saúde. Palmas, 2025. Disponível em: <https://www.to.gov.br/saude/regionalizacao-da-saude/2egeoigoa9ju>. Acesso em: 30 nov. 2025.

SHIMIZU, H. E.; RAMOS, M. C.; CARVALHO, A. L. B. C. Os desafios da regionalização em saúde no Tocantins. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 517-534, 2020.

SOUZA, Julio Cesar Donisete Santos; SANTOS, Alethele. Os desafios da regionalização do SUS no contexto federativo brasileiro. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, v. 7, n. 2, p. 29–47, 2018.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Planejamento Regional Integrado – PRI Tocantins: Análise da Situação de Saúde – ASIS – Região de Saúde Sudeste. Palmas, 2022.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Regionalização e redes de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791–1798, 2018.