



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE GESTÃO PÚBLICA**

RAFAELLA SOUZA DINIZ

**ANÁLISE DAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
ATRAVÉS DOS DADOS DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO
DO SUS - IDSUS**

**JOÃO PESSOA-PB
2016**

RAFAELLA SOUZA DINIZ

**ANÁLISE DAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
ATRAVÉS DOS DADOS DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO
DO SUS - IDSUS**

Artigo apresentado ao Departamento de Gestão Pública da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial à obtenção do grau de Tecnólogo em Gestão Pública.

Orientador(a): Profº Drº: Vanderson Gonçalves Carneiro.

**JOÃO PESSOA-PB
2016**

D585a Diniz, Rafaella Souza.

Análise das regiões de saúde do Estado da Paraíba através dos dados do Índice de Desenvolvimento do SUS - IDSUS / Rafaella Souza Diniz. – João Pessoa, 2016.

30f: il.

Orientador: Prof. Dr. Vanderson Gonçalves Carneiro.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Tecnologia em Gestão Pública) – UFPB/CCSA.

1. Administração pública em saúde. 2. Indicadores de monitoramento e avaliação em saúde. 3. *Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS)*. 4. Regiões de saúde na Paraíba. I. Título.

UFPB/CCSA/BS
02(043.2)

CDU:

RAFAELLA SOUZA DINIZ

**ANÁLISE DAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
ATRAVÉS DOS DADOS DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO
DO SUS - IDSUS**

Artigo apresentado ao Departamento de Gestão Pública da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial à obtenção do grau de Tecnólogo em Gestão Pública.

Aprovada em: _____ de _____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^o Dr^o: Vanderson Gonçalves Carneiro. (Orientador)
Universidade Federal da Paraíba

Prof^a. M.e: José Renato da Silva Abreu (Examinador)
Universidade Federal da Paraíba

Prof^o: Salmon Carlos Vitorino (Examinador)
Universidade Federal da Paraíba

ANÁLISE DAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA ATRAVÉS DOS DADOS DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DO SUS - IDSUS

Diniz, Rafaella Souza
UFPB
rafadiniz19@gmail.com

Resumo:

O SUS é considerado um bem econômico que visa o acesso universal da população aos seus serviços sendo formado por princípios doutrinários e organizativos. Para que princípio organizativo da regionalização seja qualificado, é necessário que os governos locais por meio de seus gestores estejam atuando cooperadamente com as esferas de governo estaduais e municipais. Saber identificar as fragilidades e os pontos fortes de determinados setores na administração pública, propicia fortes condições aos gestores públicos de atuarem mais objetivamente na melhoria dos problemas da população. Por isso, é cada vez mais preciso no cenário atual construir indicadores de monitoramento e avaliação para que seja possível identificar, conhecer e entender o cenário atual e atuar na elaboração de políticas públicas no âmbito federal, estadual e municipal. Pensando em facilitar o entendimento de como está o cenário atual do SUS no país e conseqüentemente atuar na melhoria dos problemas, o Ministério da Saúde criou o Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde ou IDSUS. A partir de uma base de dados fornecidos pelos gestores das três esferas de governo, dados das secretarias de saúde, sistemas de informações nacionais, o IDSUS faz uma avaliação afim de mensurar o índice de efetividade e de acesso dos serviços de saúde pela população nos municípios do país. O estado da Paraíba é formado por quatro Macro Regiões de saúde, divididas em 16 comissões intergestoras. De acordo com os dados fornecidos pelo IDSUS, analisamos 1 comissão de saúde de cada uma das quatro Macro Regiões do Estado da Paraíba, com o objetivo de levantar dados sobre os índices de acesso e efetividade da saúde em alguns municípios da Paraíba.

Palavras Chave: Administração pública em saúde. Indicadores de monitoramento e avaliação em saúde. Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS). Regiões de saúde na Paraíba.

1. Introdução:

A presente pesquisa objetiva primeiramente fazer um estudo conceitual sobre o SUS e seus princípios, abordando questões como pacto do SUS, descentralização e hierarquização dos serviços, posteriormente serão analisadas nas notas médias e os índices de acesso e efetividade dos serviços públicos de saúde de algumas regiões de saúde do Estado da Paraíba, a partir do cálculo feito pelo Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde - IDSUS, com base nos documentos encontrados no site do ISDUS.

O SUS é considerado um bem econômico que visa o acesso universal da população aos seus serviços. As lutas sociais que ocorreram antes de sua institucionalização, tinham o objetivo de implementar um novo modo de se fazer a gestão de saúde, ou seja, visava um novo paradigma que pensasse na saúde como um direito e como questão de todos. Surgiu de um processo de reforma do sistema de saúde, e desde sua constituição garante o acesso a bens e serviços que assegurem a saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. O SUS foi instituído como obrigação legal com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. O SUS é uma política pública que se firma na garantia da universalização, hierarquização, qualidade e bem estar da população, conforme está estabelecido na CF/88. O Artigo 196 da CF/88, conceitua saúde da seguinte forma:

“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 às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil, 1988).

Esta conceituação traz importantes mudanças na forma de atendimento e gestão da saúde. Por outro lado, o SUS tem entre seus princípios uma filosofia ou uma ideia forte de que não basta a visão curativa, mas é necessária uma ação preventiva. Assim, ele vem se estruturando e se organizando em um modelo diferenciado, que visa ao bem-estar do ser humano, livre de doenças. É um modelo que se fundamenta na prevenção de agravos e não somente no atendimento de doentes.

O SUS atualmente é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a proporcionar cobertura integral e completamente gratuita para todas as camadas da população, independentemente de contribuições a Previdência Social,

mas ainda é um sistema em construção com inúmeros problemas a serem resolvidos. (SOUZA, 2002)

Os princípios do SUS seguem uma orientação da democratização de suas ações e serviços, deixando de se restringir a determinadas classes sociais e passando a ser universais, deixando de ser centralizadas para se tornar descentralizadas, suas ações trazem hoje uma nova visão no que se refere a saúde, centrada na ideia de prevenção de agravos e promoção da saúde.

O SUS é formado por princípios doutrinários: Universalidade, Equidade e Integralidade e princípios organizacionais como a regionalização, hierarquização, descentralização e participação popular. Esses princípios são fundamentais para o bom funcionamento do SUS no país, a partir deles são afirmados os direitos que foram conquistados pelo povo nas lutas sociais, nesse sentido os princípios e diretrizes foram resultantes de um processo político. (BRASIL, 1990)

A universalização do SUS possibilitou a eliminação de contribuições previdenciárias para população ter acesso aos serviços públicos de saúde e assumiu um caráter redistributivo, ou seja, a partir dele, trabalhadores autônomos, desempregados, trabalhadores rurais, tem a garantia dos serviços do SUS. (FLEURY, 1992).

Segundo Fleury (1992), esse princípio é ambíguo, pois, uma vez que garante a universalização da cobertura do atendimento de forma homogênea, quando implementado em uma sociedade de grandes desigualdades sociais como o Brasil, poderá existir uma exclusão de determinados grupos sociais. Complementando o pensamento de Fleury (1992), de acordo com Favaret e Oliveira (1990) ao contrário do que muitos pensam a respeito desse princípio, o mesmo pode ter caráter excludente, pois as categorias de profissionais mais organizadas e setores mais remunerados, optam para o subsistema privado de saúde.

A integralidade visa conceder a população o direito de atendimento às diferentes necessidades da mesma, de forma plena, com a articulação de ações preventivas e curativas, nos três níveis de assistência em função das suas necessidades (PONTES et al. 2009). Considera o indivíduo como um ser integral, devendo as ações de saúde atender todas as suas necessidades. A hierarquização, indica um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e

curativos, “individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Desde a instituição do SUS no Brasil pela constituição de 1988, uma das estratégias tomadas para sua efetiva implementação foi a descentralização dos serviços de saúde, onde os três entes federados passaram a ter maiores competências para provisão dos serviços de saúde a população. Essa democratização dos serviços de saúde através da distribuição de competências entre os entes federados, proporcionou um vasto crescimento do acesso a população aos serviços de saúde tanto na atenção básica, como na atenção de média a alta complexidade. (BRASIL, 2006)

2. Regionalização e Descentralização da Saúde.

A regionalização está diretamente ligada ao processo de descentralização dos serviços públicos de saúde e tem como objetivo a garantia do direito da população aos serviços de saúde, redução das desigualdades territoriais, promoção da equidade e integralidade, racionalização dos gastos e otimização dos recursos através de um reconhecimento das zonas ou regiões de saúde e proporciona a população um maior poder de participação nos processos de tomadas de decisões e formas de melhoria da coordenação e integração do cuidado em saúde.(BRASIL, 2006)

Está relacionada com a atribuição dos gestores estaduais e municipais na busca de garantir a eficiência, eficácia e efetividade do SUS, com organização, união e parceria entre os estados e municípios. Entende-se segundo Matta *et al.* (2007), que a organização do sistema de saúde público deve focar na noção de território, onde surgem os perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, apoio social, qualidade de vida, etc. Ainda de acordo com Matta *et al.* (2007) quanto mais perto da população os gestores estiverem, maior será a facilidade de identificar as necessidades da mesma e conseqüentemente melhor será a forma de gestão desses serviços para a população.

Para que o processo de regionalização seja qualificado, é necessário que os governos locais por meio de seus gestores estejam atuando cooperadamente com as esferas de governo estaduais e municipais, assumindo responsabilidades para executar políticas públicas em seus respectivos estados e municípios. (BRASIL, 2006)

Apesar das conquistas que advieram da regionalização junto com a descentralização da saúde, é existente no cenário atual dificuldades na integração e coordenação das ações e serviços nas mais diferentes regiões do país, pelas variadas gestões dos estados e municípios que trabalham para atender as diferentes demandas de necessidades da população. Afim de superarem as dificuldades que se encontram nesse processo, os gestores das três esferas do SUS firmam responsabilidades de gestão da saúde e atenção básica em forma de pactos, que ao implementados deverão possuir políticas públicas que consolidem ainda mais a regionalização da saúde no Brasil. (BRASIL, 2006).

Nesse contexto as políticas do SUS ao longo da história possuem uma contínua necessidade de adquirir novas estratégias governamentais de mediação e gestão cooperativa. Sendo assim, o SUS possui o desafio de consolidar seus princípios doutrinários e organizativos mesmo com a fragmentação, burocratização e heterogeneidade de entendimento e de práticas dos serviços de saúde. (BRASIL, 2005).

Mediante aos desafios que o SUS enfrenta por estar inserido em um grande país que dificulta o processo de implementação de normas gerais de saúde, os gestores do Ministério da Saúde; Conselho de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) firmaram responsabilidades criando o Pacto pela Saúde que está dividido em três dimensões Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. (BRASIL, 2011)

A assinatura dos entes federados do pacto Pela Saúde não responde imediatamente os desafios da desigualdade de acesso e da heterogeneidade das práticas dos serviços de saúde que prejudicam a efetiva consolidação dos princípios doutrinários e organizativos, uma vez que várias disfunções dificultam a execução das deliberações realizadas pelos gestores. Quanto ao processo de descentralização e de regionalização, algumas pesquisas apontam indicadores que refletem a desigualdade nas regiões brasileiras.

3. Pesquisa sobre o processo de regionalização dos estados brasileiros

Em pesquisa realizada por LIMA, et al. (2012), analisou-se o processo de regionalização da saúde no Brasil, durante o período de 2007 a 2010, ano de

execução do Pacto pela Saúde no país. De acordo com o estudo, o processo de regionalização da saúde no País iniciou-se de forma tardia em grande parte dos estados brasileiros, ganhando mais notoriedade no início do século XXI com a criação da Norma Operacional de Assistência em Saúde no ano de 2001 e com o Pacto de Saúde. (LIMA *et. al*, 2012).

A criação dos Colegiados de Gestão regional, facilitou as articulações dos estados e municípios com o objetivo de fortalecer a regionalização da saúde a partir do planejamento, coordenação, direção, regulação, e formulação de políticas públicas de saúde nos diferentes espaços territoriais. Lima *et. al* (2012) tenta identificar em sua pesquisa quais são as causas que contribuem ou prejudicam uma efetiva regionalização no Brasil. (LIMA *et al*. 2012).

A pesquisa firmou-se no “referencial de análise de políticas públicas” e no institucionalíssimo histórico, buscando identificar condicionantes históricos, políticos e conjunturais, bem como a atuação dos governos na regionalização da saúde nos estados brasileiros. Esse estudo de natureza qualitativa utilizou-se de documentos, relatórios, planos estaduais, leis, normativas e atas de Colegiados de Gestão Regional. Foram elaborados visitas a 24 estados, com exceção dos estados do Maranhão e Tocantins. Ao total foram realizadas 91 entrevistas com 103 dirigentes e técnicos das secretarias no âmbito estadual e municipal.

Nas regiões Norte e Nordeste onde estão concentrados os estados que mais necessitam de melhores serviços, atendimentos, estruturas médico-hospitalares, devido as condições socioeconômicas da população, população essa em sua maioria carente e que necessita de um serviço cem por cento gratuito e eficiente são os que mais se classificaram como desfavoráveis, embora a região Norte possua traços indefinidos. Essa situação ocorreu de forma inversa nas demais regiões do país. Como se verifica no quadro da pesquisa:

Quadro 1. Referencial analítico de pesquisa.

Dimensões	Histórico- Estrutural	Político Institucional	Conjuntural
	Região Norte		
Acre	D	D	F
Amapá	D	D	I
Amazonas	D	D	I
Pará	D	D	I
Rondonia	D	D	I
Roraima	D	D	I
Tocantins	NI	NI	NI
Região Nordeste			
Alagoas	D	D	I
Bahia	D	D	F
Ceará	D	F	F
Maranhão	NI	NI	NI
Paraíba	D	D	I
Pernambuco	D	D	F
Piauí	D	F	F
Rio Grande no Norte	D	D	I
Sergipe	F	F	F
Região Sudeste			
Espírito Santo	F	F	F
Minas Gerais	F	F	F
Rio de Janeiro	D	D	I
São Paulo	F	F	F
Região Sul			
Paraná	F	F	F
Rio Grande do Sul	F	F	F
Santa Catarina	F	D	F
Região Centro-Oeste			
Goiás	F	D	I
Mato Grosso	F	F	F
Mato Grosso do Sul	F	F	F

Nota: F: favorável; D: desfavorável; I: indefinido; NI: Não Identificado. **Fonte: (LIMA et al. 2012).**

A partir das entrevistas semiestruturadas e como se vê no quadro, a condição *histórico estrutural*, junto com o *político institucional* na região Nordeste, foram classificados como desfavoráveis, e indefinido no que se refere ao conjuntural. Realidade semelhante aos estados vizinhos. Dos vinte e quatro estados estudados na pesquisa, dezenove deles orientam-se pela busca da equidade, onde a maior barreira para a universalização da saúde são as desigualdades de financiamentos e acesso aos serviços de saúde. Foi constatado que praticamente todos os estados estudados na

pesquisa sofrem pela fragilidade da regulação da assistência dos serviços de saúde. No que se refere a governança da regionalização o estado da Paraíba foi classificado como conflitiva e com institucionalidade incipiente com impactos institucionais embrionários. (LIMA *et al.* 2012).

4. Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – IDSUS.

Saber identificar as fragilidades e os pontos fortes de determinados setores na administração pública, propicia fortes condições aos gestores públicos de atuarem mais objetivamente na melhoria dos problemas e no investimento dos pontos fortes para melhorar a qualidade dos seus serviços para a população. Por isso, é cada vez mais preciso no cenário atual construir indicadores de monitoramento e avaliação para que seja possível identificar, conhecer e entender o cenário atual e atuar na elaboração de políticas públicas no âmbito federal, estadual e municipal. (BRASIL, 2014).

Para tanto, o Ministério da Saúde no início da Gestão de 2011-2014, com o objetivo de fortalecer a política de monitoramento do SUS, junto com a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde vem se qualificando na elaboração e sistematização de um Sistema de Monitoramento e Avaliação para a Qualificação do SUS. Dentre os mecanismos criados para este objetivo, destacaremos no presente trabalho uma das ferramentas criadas pelo Ministério da Saúde para facilitar o entendimento de como está o cenário atual do SUS no país e conseqüentemente atuar na melhoria dos problemas, foi criado o Índice de Desenvolvimento do SUS ou IDSUS. (BRASIL, 2014).

O IDSUS foi criado para fazer uma avaliação de como está o andamento da saúde pública no âmbito Federal, Estadual e Municipal e se os princípios: Universalização, Integralidade, Equidade, e diretrizes: Regionalização e Hierarquização do SUS estão sendo efetivados nos diferentes níveis de atenção à saúde e nas diferentes cidades do Brasil, visto que é existente uma heterogeneidade muito grande em cidades de regiões distintas, como foi constatado na pesquisa de LIMA *et al.* (2012), onde as regiões do centro-oeste, sul e sudeste apresentam condições favoráveis na maioria das categorias elencadas pelos autores, diferentemente das regiões Norte e Nordeste onde a maioria das categorias do estudo se encontram desfavoráveis.

O IDSUS não tem o objetivo de classificar problemas um por um, mas sim de elencar certas deficiências no sistema de saúde público para que os gestores trabalhem visando melhorias e estabeleçam objetivos a serem cumpridos para que os usuários possam usufruir de melhores serviços públicos de saúde. O IDSUS foi criado em forma de pactuação, na observância de que as dimensões e indicadores fossem os mais objetivos e transparentes possíveis, utilizando-se de indicadores simples e compostos. (BRASIL, 2014).

O IDSUS apresenta uma proposta de avaliação do desempenho do SUS analisando a efetividade das ações e serviços ofertados a população. Com isso, essa ferramenta pretende auxiliar os gestores públicos das três esferas de governo para subsidiar suas ações, políticas públicas e propostas de governo afim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados a população e o nível de saúde dos brasileiros. (BRASIL, 2014).

Vem trabalhando com a ideia de “o SUS que atende os residentes de cada município brasileiro”, por isso o IDSUS não avalia apenas um sistema públicos de determinada região, mas sim toda a rede pública de saúde hierarquizada e todos os seus níveis de complexidade, até mesmo as redes privadas contratadas pelo Sistema Único de Saúde são objeto de estudo do IDSUS. (BRASIL, 2014)

Essa ferramenta de monitoramento do SUS agrupa os municípios brasileiros de acordo com sua caracterização, municípios com características socioeconômicas, que possuam quadros de mortalidade infantil e estrutura de saúde pública semelhantes se incorporam no mesmo grupo. Como foi constatado na pesquisa de LIMA *et al.* (2012) nota-se uma homogeneidade nos diversos municípios do Norte e Nordeste em relação as características elencadas na pesquisa. Essa caracterização dos municípios dentro do IDSUS é denominada de *Grupos Homogêneos*, onde os municípios são agrupados de acordo com suas similaridades, as quais são agrupadas a partir do cálculo de três índices: Índice de desenvolvimento Socioeconômico (IDSE); Índice de Condições de Saúde (ICS) e Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM)

Quadro 2. Classificação dos grupos homogêneos

GRUPO	IDSE	ICS	IESSM
6	Baixo	Baixo	Sem estrutura MAC (#)
5	Médio	Médio	Sem estrutura MAC
4	Baixo	Baixo	Pouca Estrutura MAC
3	Médio	Médio	Pouca Estrutura MAC
2	Alto	Médio	Média Estrutura MAC
1	Alto	Médio	Muita estrutura

(#) Por estrutura MAC (Média e Alta Complexidade) Fonte: CGMA/DEMÁS/SE/MS.

Por sua vez, o IDSUS busca a homogeneidade não somente a partir das regiões brasileiras (norte, nordeste, sudeste, sul e centro oeste), mas a partir de aspectos comuns dos municípios e as regiões de saúde. Neste caso o binômio homogeneidade x heterogeneidade tem como base territorial os municípios e portanto, um nível de desagregação maior que possibilita analisar e avaliar desigualdades e heterogeneidades dentro das regiões.

O IDSUS não trabalha com pesquisas estruturadas ou semiestruturadas diretamente com os gestores públicos de saúde. A partir de uma base de dados fornecidos pelas gestores das três esferas de governo, dados das secretarias de saúde, sistemas de informações nacionais é possível fazer uma avaliação do SUS que atende todos os municípios, e a partir disso poder mensurar o índice de efetividade e de acesso dos serviços de saúde pela população em toda rede pública de saúde. (BRASIL, 2014). Com uma base de dados fornecida pelos gestores de saúde, alguns indicadores foram selecionados como os mais seguros para o cálculo dos municípios brasileiros. Foram selecionados 24 indicadores, sendo 14 referentes ao acesso potencial ou obtido e 10 de efetividade:

Quadro 3. Indicadores de Acesso Potencial ou Obtido.

ATENÇÃO BÁSICA
1. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde. 2. Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal. 3. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.
ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE
4. Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e a população da mesma faixa etária. 5. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária. 6. Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente. 7. Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.
ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE, REFERÊNCIA DA MÉDIA E ALTA E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
8. Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente. 9. Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente. 10. Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade para não residentes. 11. Proporção de internações de média complexidade para não residentes. 12. Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes. 13. Proporção de internações de alta complexidade para não residentes. 14. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.

Quadro 4. Indicadores de Efetividade

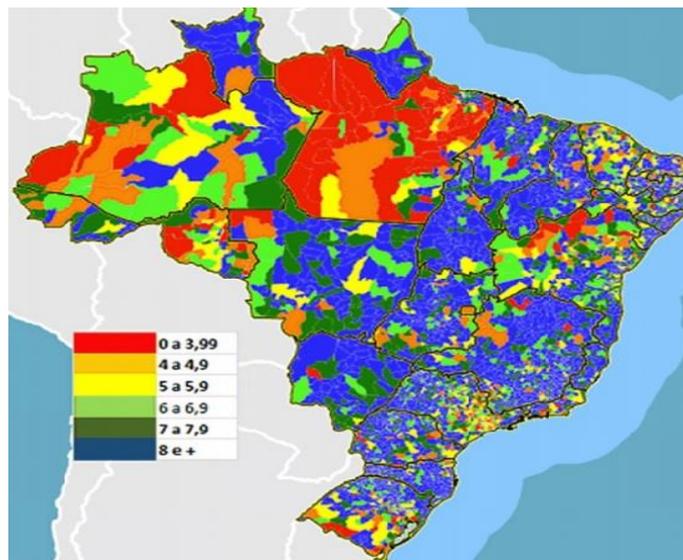
ATENÇÃO BÁSICA
15. Cobertura com a vacina tetravalente. 16. Taxa de Incidência de Sífilis Congênita. 17. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (TBC). 18. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase. 19. Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB). 20. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada. 21. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.
ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
22. Proporção de parto normal. 23. Proporção de óbitos em menores de 15 anos que usaram Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). 24. Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).

Fonte: Demas/SE/MS.

Esses indicadores (Quadro 3 e quadro 4) permitem o cálculo do Índice de efetividade e de acesso dos serviços públicos de saúde, como também a média geral, alguns desses indicadores foram dispostos em mapas geográficos do IDSUS 2010.

A partir desses mapas é possível obter uma visão panorâmica que nos possibilitam observar algumas deficiências quanto ao acesso aos serviços de saúde e a efetividade nos níveis de atenção. Todos esses mapas estão dispostos e abertos a população nos documentos de referência do site do IDSUS.

Figura 1. IDSUS 2010 (Índice de acesso a atenção básica em cada município)

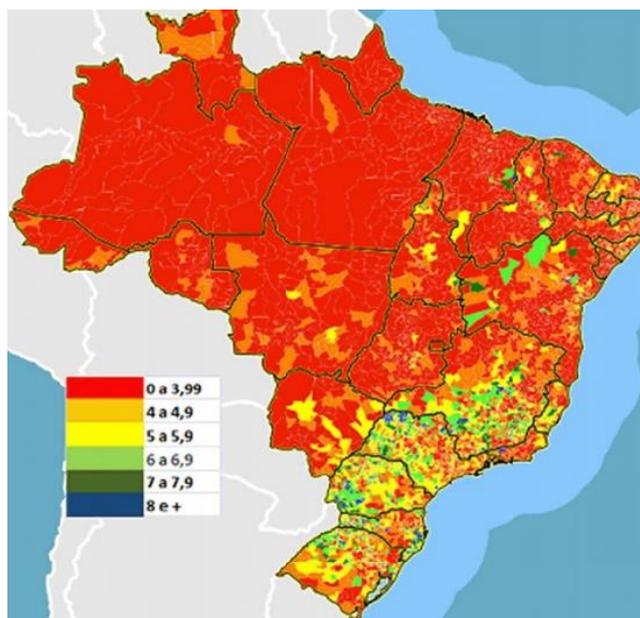


Fonte: CGMA/DEMAS/SE/MS

A figura 1 mostra o Índice de acesso a atenção básica em cada município brasileiro e seus indicadores (dispostos no quadro 2). Nota-se que, no que se refere a atenção básica o SUS está conseguindo ser muito eficiente na maior parte do Brasil com predominância da maior nota de padrão azul nas regiões, nordeste, centro-oeste, sul e sudeste com exceção da região norte com heterogeneidade de notas.

Em contraste com a situação da atenção básica no Brasil, onde existe a predominância da maior nota em grande parte do país, a figura 2 nos dá a situação da nota no índice da atenção de média complexidade no SUS em cada município brasileiro. Nota-se predominância do vermelho (nota de 0 a 3,99) da região norte, nordeste e centro-oeste, com heterogeneidade de padrões no sul e sudeste no país.

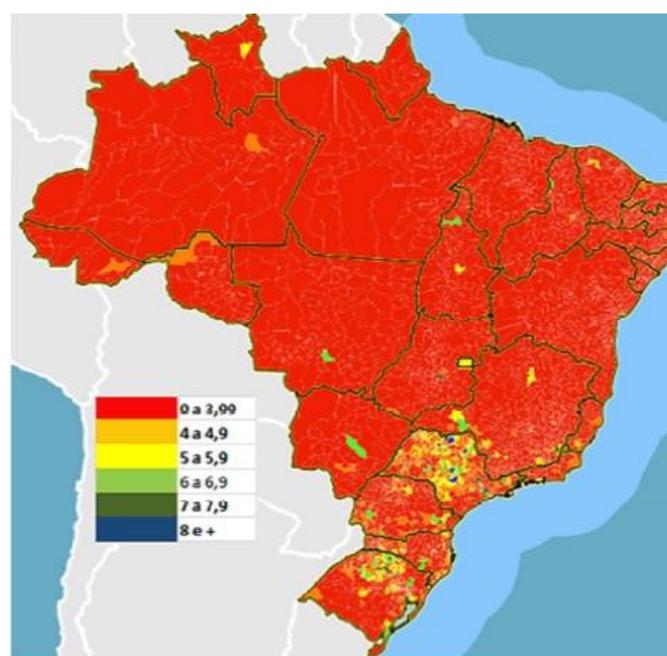
Figura 2. IDSUS 2010 (Índice de acesso a atenção ambulatorial de média complexidade em cada município)



Fonte: CGMA/DEMÁS/SE/MS

A nota do IDSUS sobre índice de acesso a atenção ambulatorial de alta complexidade em cada município (figura 3) é de 0 a 3,99 em quase todo país, sendo diferente apenas no estado de São Paulo, com predominância de padrões amarelo e laranja. Nota-se que as únicas unidades de saúde de alta complexidade classificados com nota 8 a cima pelo IDSUS, se encontram no Estado de São Paulo.

Figura 3. IDSUS 2010 (Índice de acesso a atenção ambulatorial de alta complexidade em cada município)



Fonte: CGMA/DEMÁS/SE/MS

Nota-se também que nenhuma capital do país possui padrão 6 a 6,9 ou 7 a 7,9, são poucos os municípios que estão no padrão de notas 4 a 4,9. A situação do Estado do Pará é preocupante, pois em todos os índices de acesso a saúde, existe a predominância do padrão vermelho e laranja, ou seja, as piores notas do IDSUS.

A partir deste panorama da situação brasileira, podemos dizer que os dados do IDSUS reforça a ideia de uma desigualdade regional nos serviços de saúde e no desempenho do SUS. Por sua vez, destaca algumas situações regionais que indicam que a desigualdade também é presente no interior das Regiões e dos Estados. Isto é importante para qualificar as ações da gestão pública que busca estratégias para superar as desigualdades. Neste aspecto, a pesquisa procurou analisar as regiões de saúde do estado da Paraíba e avaliar sua situação em relação ao IDSUS.

5. Análise das Regiões de Saúde do Estado da Paraíba.

As regiões de saúde são definidas pelo decreto nº7.508/11 que regulamente a Lei nº 8.080/90, como:

“Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.” (BRASIL, 2011)

De acordo com SANTOS e CAMPOS (2015) as regiões de saúde se tornam essenciais, pois garantem a integração das políticas públicas de saúde dos diferentes municípios, fazendo com que a integralidade seja praticada junto com a descentralização dos serviços de saúde, sem perder suas essências como princípios do SUS. Além disso, as regiões de saúde devem ser capazes de solucionar a maior parte das problemas relacionados a saúde dos residentes dos municípios, fazendo com que os gestores de saúde trabalhem de maneira mais próxima a população. Esses mesmos autores, afirmam que:

“A região de saúde é essencial para se sair desse impasse do fracionamento das ações e serviços de saúde, do isolamento, do centralismo federal programático e sem visão de planejamento regional. Será pela região que se promoverá a integração dos serviços ora fracionados, em rede, unindo os municípios de forma sistêmica com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde sem perder o princípio constitucional da descentralização[...].”

A articulação entre os gestores de saúde se dão pelas Comissões Intergestores, que são divididas em: Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ligada ao Ministério da Saúde e atua no âmbito nacional diretamente ligada aos gestores do SUS das três esferas de governo, Comissões Intergestores Bipartites (CIB) atuando no âmbito Estadual e as Comissões Intergestores Regional (CIR) atuante no âmbito regional (BRASIL, 2011). É da competência dessas Comissões Intergestores pactuarem sobre:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contra referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos; (BRASIL, 2011)

O estado da Paraíba é formado por quatro Macro Regiões de saúde, divididas em 16 comissões intergestoras. De acordo com os dados fornecidos pelo IDSUS, analisaremos 1 comissão de saúde de cada uma das quatro Macro Regiões do Estado da Paraíba. O IDSUS trabalha com uma nota média (auferida a partir do cálculo dos indicadores) que varia de 2,5 sendo o padrão mínimo até 6,9, sendo a nota máxima e avalia também os índices de acesso a saúde e o índice de efetividade dos serviços prestados em cada município.

- **I Macro Região: 1ª Região - Comissão Intergestora Mata Atlântica**

A primeira região de saúde do Estado da Paraíba é formada por 14 municípios. Podemos constatar que os Municípios de João Pessoa e Conde, possuem a maior nota do IDSUS (6 a 6,9). As melhores médias no que se refere ao índice de acesso a saúde se encontram respectivamente nos municípios de João Pessoa, Santa Rita, Conde, Caporã, Cruz do Espírito Santo, Mari e Cabedelo.

Figura 4. 1ª Região - Comissão Intergestora Mata Atlântica.



O município de Bayeux, quinto maior município da Paraíba, com aproximadamente 100 mil habitantes (IGBE-2010), é a segunda região com o pior índice de acesso a saúde (4,75). No Índice de Efetividade dos serviços a situação se inverte, o município de João Pessoa possui a média mais baixa entre os 14 municípios da primeira região.

Quadro 5. (IDSUS Paraíba. 1ª Região)

cod_ibge	UF	Município	Região	GH	IDSUS	IA	IE
250060	PB	Alhandra	1ª Região	6	5 a 5,9	4.99	7.41
250180	PB	Bayeux	1ª Região	4	5 a 5,9	4.75	6.46
250300	PB	Caaporã	1ª Região	5	5 a 5,9	5.53	5.93
250320	PB	Cabedelo	1ª Região	3	5 a 5,9	5.21	6.49
250490	PB	Cruz do Espírito Santo	1ª Região	6	5 a 5,9	5.47	6.61
250860	PB	Lucena	1ª Região	6	5 a 5,9	4.95	6.8
250910	PB	Mari	1ª Região	6	5 a 5,9	5.35	6.43
251190	PB	Pitimbu	1ª Região	6	5 a 5,9	4.59	6.99
251276	PB	Riachão do Poço	1ª Região	6	5 a 5,9	4.78	6.66
251370	PB	Santa Rita	1ª Região	4	5 a 5,9	5.67	6.54
251530	PB	Sapé	1ª Região	4	5 a 5,9	4.93	6.26
251597	PB	Sobrado	1ª Região	6	5 a 5,9	4.92	6.4
250460	PB	Conde	1ª Região	5	6 a 6,9	5.55	7.11
250750	PB	João Pessoa	1ª Região	1	6 a 6,9	6.29	5.91

(Legenda: GH: Grupo Homogêneo; IA: Índice de Acesso; IE: índice de efetividade) Fonte: IDSUS.

- **II Macro Região - 5ª Região – Comissão Intergestores Cariri Ocidental**

Figura 5. 5ª Região – Comissão Intergestores Cariri Ocidental.



Região formada por 18 municípios, sendo os municípios de Zabelê, Monteiro, Prata, Camalaú e Parari a possuírem os melhores médias do IDSUS (6 à 6,9) e de índice de acesso a saúde (6.02 à 6.94). Os piores índices de acesso a saúde se encontram nos municípios de São João do Tigre (4.45), Livramento (4.59), Carauabas (4.86) e São José do Cordeiro (4,98).

No índice de efetividade de acesso aos serviços, a situação mais uma vez se inverte, Zabelê (5.75), Monteiro (5.93) e Prata (6.07) possuem respectivamente a segunda, quarta e a sexta pior média da região. Os municípios de Gurjão (8.26), Livramento (7.94), Coxixola (7,51), São João do Tigre (7.42), São João do Cariri (7.33) e Parari (7.0), possuem os melhores índices de efetividade. O acesso a saúde nos município de Zabelê, Monteiro e Prata estão entre os melhores, porém segundo as notas do IDSUS esses municípios não estão conseguindo manter uma boa efetividade dos serviços de saúde prestados à população dessas regiões. Contata-se também a situação dos municípios de São João do Tigre e Livramento, ao mesmo tempo que possuem os piores índices de acesso a saúde possuem elevados índices de efetividade dos serviços.

Quadro 6. (IDSUS Paraíba. 5ª Região)

cod_ibge	UF	Município	Região	GH	IDSUS	IA	IE
250073	PB	Amparo	5ª Região	6	5 a 5,9	5.63	6.32
250407	PB	Caraúbas	5ª Região	6	5 a 5,9	4.86	5.68
250470	PB	Congo	5ª Região	6	5 a 5,9	5.55	6.38
250850	PB	Livramento	5ª Região	6	5 a 5,9	4.59	7.94
251060	PB	Ouro Velho	5ª Região	6	5 a 5,9	5.67	6.03
251400	PB	São João do Cariri	5ª Região	6	5 a 5,9	5.11	7.33
251410	PB	São João do Tigre	5ª Região	6	5 a 5,9	4.45	7.42
251480	PB	São José dos Cordeiros	5ª Região	6	5 a 5,9	4.98	6.45
251520	PB	São Sebastião do Umbuzeiro	5ª Região	6	5 a 5,9	5.43	6.5
251550	PB	Serra Branca	5ª Região	6	5 a 5,9	5.34	6.24
251630	PB	Sumé	5ª Região	6	5 a 5,9	5.44	5.97
250390	PB	Camalaú	5ª Região	6	6 a 6,9	6.06	6.98
250485	PB	Coxixola	5ª Região	6	6 a 6,9	5.44	7.51
250650	PB	Gurjão	5ª Região	6	6 a 6,9	5.23	8.26
250970	PB	Monteiro	5ª Região	4	6 a 6,9	6.16	5.93
251065	PB	Parari	5ª Região	6	6 a 6,9	6.02	7
251220	PB	Prata	5ª Região	6	6 a 6,9	6.1	6.07
251740	PB	Zabelê	5ª Região	6	6 a 6,9	6.94	5.75

(Legenda: GH: Grupo Homogêneo; IA: Índice de Acesso; IE: índice de efetividade)
 Fonte: IDSUS.

- **III-Macro Região – 6ª Região - Comissão Intergestores**

Figura 6. 6ª Região - Comissão Intergestores.



Na 6ª região de saúde, formada por 24 municípios, é perceptível uma homogeneidade na média do IDSUS (5 à 5.9) em 20 municípios, com exceção dos municípios de Cacimba de Areia, Cacimbas, Condado, Vista Serrana com médias de 4 a 4,9.

Dos 24 municípios dessa região, 21 possuem média menor que 5.0 no índice de

acesso a saúde, incluindo a cidade de Patos, maior município da região com população de aproximadamente 107.067 habitantes (IBGE 2016) possuindo média 4,8 no índice de acesso. No índice de efetividade, 17 municípios possuem média acima de 7,0 o que indica uma boa efetividade dos serviços de saúde nessas cidades, não existindo nenhuma cidade com média menor que 6.9 nesse índice. Ressalta-se a situação no Município de Malta, com população de 5.668 (IBGE 2016) situado entre os municípios de São José das Espinharas e Condado, ao mesmo tempo que possui o terceiro pior índice de acesso a saúde (3.97) possui o terceiro melhor índice de efetividade (7.82).

Quadro 7. (IDSUS Paraíba. 6ª Região)

cod_ibge	UF	Município	Região	GH	IDSUS	IA	IE
250340	PB	Cacimba de Areia	6ª Região	6	4 a 4,9	4.2	6.09
250355	PB	Cacimbas	6ª Região	6	4 a 4,9	3.73	7.42
250450	PB	Condado	6ª Região	6	4 a 4,9	4.05	6.25
250550	PB	Vista Serrana	6ª Região	6	4 a 4,9	4.22	6.59
250115	PB	Areia de Baraúnas	6ª Região	6	5 a 5,9	4.2	7.6
250420	PB	Catingueira	6ª Região	6	5 a 5,9	3.88	7.8
250540	PB	Desterro	6ª Região	6	5 a 5,9	4.57	6.77
250590	PB	Emas	6ª Região	6	5 a 5,9	4.23	7.47
250780	PB	Junco do Seridó	6ª Região	6	5 a 5,9	4.48	7.69
250870	PB	Mãe d'Água	6ª Região	6	5 a 5,9	4.66	7.57
250880	PB	Malta	6ª Região	6	5 a 5,9	3.97	7.82
250939	PB	Maturéia	6ª Região	6	5 a 5,9	4.48	7.5
251070	PB	Passagem	6ª Região	6	5 a 5,9	4.3	7.9
251080	PB	Patos	6ª Região	4	5 a 5,9	4.78	6.58
251260	PB	Quixabá	6ª Região	6	5 a 5,9	4.65	7.74
251300	PB	Salgadinho	6ª Região	6	5 a 5,9	4.33	7.28
251340	PB	Santa Luzia	6ª Região	6	5 a 5,9	5.21	7.04
251380	PB	Santa Teresinha	6ª Região	6	5 a 5,9	4.32	7.33
251440	PB	São José de Espinharas	6ª Região	6	5 a 5,9	4.37	6.7
251460	PB	São José do Bonfim	6ª Região	6	5 a 5,9	4.34	7.76
251470	PB	São José do Sabugi	6ª Região	6	5 a 5,9	4.41	7.59
251490	PB	São Mamede	6ª Região	6	5 a 5,9	5.03	7.09
251670	PB	Teixeira	6ª Região	6	5 a 5,9	4.58	6.69
251710	PB	Várzea	6ª Região	6	5 a 5,9	5.13	7.93

(Legenda: GH: Grupo Homogêneo; IA: Índice de Acesso; IE: índice de efetividade.) **Fonte: IDSUS.**

- **IV Macro Região – 9ª Região Comissão Intergestores**

Figura 7. – 9ª Região Comissão Intergestores



Região de saúde formada por 15 municípios, sendo o maior deles a cidade de Cajazeiras com 61.816 habitantes (IBG2 2016). Da totalidade de municípios, 11 possuem nota do IDSUS de 4 a 4,9 e os municípios de Bernardino Batista, Poço de José Moura, Joca Claudino e Santa Helena possuem nota de 5 a 5,9. Analisando o índice de acesso, constata-se que todos os municípios possuem baixos índices, sendo o maior deles referente ao município de Santa Helena com apenas 4,73 de média e o menor índice de acesso está na cidade de Cachoeira dos Índios (3,92). Percebe-se um padrão de médias quanto ao índice de efetividade que varia de 5,7 até 6,94

Quadro 8. (IDSUS Paraíba. 9ª Região)

cod_ibge	UF	Município	Região	GH	IDSUS	IA	IE
250220	PB	Bom Jesus	9ª Região	6	4 a 4,9	4.11	6.62
250960	PB	Monte Horebe	9ª Região	6	4 a 4,9	4.31	6.52
250410	PB	Carrapateira	9ª Região	6	4 a 4,9	4.12	6.51
250330	PB	Cachoeira dos Índios	9ª Região	6	4 a 4,9	3.92	6.28
250240	PB	Bonito de Santa Fé	9ª Região	6	4 a 4,9	4.36	6.23
251203	PB	Poço Dantas	9ª Região	6	4 a 4,9	4.41	6.05
251680	PB	Triunfo	9ª Região	6	4 a 4,9	4.15	5.88
250370	PB	Cajazeiras	9ª Região	4	4 a 4,9	4.33	5.72
251450	PB	São José de Piranhas	9ª Região	6	4 a 4,9	4.52	5.7
251690	PB	Uiraúna	9ª Região	4	4 a 4,9	4.71	5.58
250070	PB	São João do Rio do Peixe	9ª Região	6	4 a 4,9	4.67	5.18
250205	PB	Bernardino Batista	9ª Região	6	5 a 5,9	4.47	6.94
251207	PB	Poço de José de Moura	9ª Região	6	5 a 5,9	4.4	6.71
251365	PB	Joca Claudino	9ª Região	6	5 a 5,9	4.48	6.28
251330	PB	Santa Helena	9ª Região	6	5 a 5,9	4.73	5.84

(Legenda: GH: Grupo Homogêneo; IA: Índice de Acesso; IE: índice de efetividade) **Fonte: IDSUS**

6. Considerações finais

Os dados do IDSUS nos permite analisar como anda a gestão do SUS nos municípios brasileiros. A partir dele é possível perceber a existência de deficiências nos três níveis de atenção à saúde e conseqüentemente as desigualdades nas regiões brasileiras. A pesquisa de LIMA *et al.* (2012) nos permite observar heterogeneidade muito grande quando comparamos as regiões norte e nordeste com as demais regiões do Brasil. O padrões desfavoráveis no norte e nordeste em contraste com os padrões favoráveis do sul e sudeste, nos confirma ainda mais ideia de que que a gestão de saúde dessas duas regiões precisa de maior intervenção do governo federal, melhores políticas públicas, mais eficiência e efetividade na gestão de saúde, etc.

A pesquisa de LIMA *et al.* (2012) classifica a região centro- oeste com padrões favoráveis, mas quando partimos para os dados gerais do IDSUS referente a situação das regiões do Brasil, nos três níveis de atenção à saúde, podemos perceber a partir dos mapas do IDSUS que essa região nos índices de acesso a atenção ambulatorial de média complexidade e alta complexidade estão classificadas pior nota do IDSUS (0 a 3,99). Como explicar padrões históricos-estruturais, políticos-institucionais e conjunturais classificados como favoráveis na pesquisa com a situação desfavorável

que o IDSUS apresenta?

De forma geral, o IDSUS nos permite concluir que o maior problema do SUS está em garantir o acesso a saúde nos níveis de média e alta complexidade. A situação do acesso a atenção básica encontra-se melhor do que a especializada na maioria das cidades do Brasil, ou seja, o SUS precisa intensificar o processo regionalização, melhorando o acesso da população dos municípios que não possuem atenção especializada.

O IDSUS além de nos dar uma visão geral como anda os serviços de saúde no país, nos permite analisar a situação do interior de cada estado brasileiro. Analisada 1 região de cada uma das macrorregiões do estado da Paraíba, constatamos na primeira região, que a capital João Pessoa, único município do estado classificado no grupo 1 dos homogêneos, que possui Índice de desenvolvimento socioeconômico, índice de condições de saúde e índice de estrutura do sistema de saúde do município altos (quadro 1), ao mesmo tempo que se classifica com o melhor Índice de Atenção à saúde, possui o pior índice de efetividade da região.

Na 5ª região, situada na II macrorregião de saúde da Paraíba, podemos perceber de acordo com o IDSUS, que os municípios de Zabelê, Monteiro, Prata, Camalaú ao mesmo tempo que possuem os melhores índices de acesso a saúde dentre os 18 municípios da região, possuem respectivamente o segundo, quarto e o sexto pior índice de efetividade dos serviços, em contraste com a situação do município de Livramento, que é classificado com pior índice de acesso a saúde mas possui o mais alto índice de efetividade da região.

A mesma situação foi encontrada na 6ª região de saúde, situada na III macrorregião, onde a maioria dos municípios que possuem baixo índice de acesso aos serviços, possuem altos índices de efetividade.

Os dados do IDSUS nos permitiu perceber a existência de um confronto de acesso x efetividade nos municípios da Paraíba, a realidade de possuir melhores índices de efetividade não reflete em ter melhores índices de acesso aos serviços e vice-versa. Alguns municípios estão conseguindo manter uma boa efetividade dos serviços, porém o acesso a saúde a população precisa ser melhorado.

O IDSUS é uma referência para os gestores regionais atuarem na melhoria dos problemas e deficiências encontradas, ou seja, a regionalização do SUS nos municípios do estado da Paraíba precisa ser intensificada, junto com a melhoria da

efetividade dos serviços de saúde, para que seja possível existir uma harmonia entre esses dois índices e consequentemente possuir uma saúde pública eficaz e eficiente. É fato que apenas melhorar esses índices não implica em atingir um SUS ideal, são necessários outros tipos de intervenções em diferentes áreas de gestão, mas melhorando esses índices é possível ter uma melhor gestão nos serviços de saúde ofertados a população.

O IDSUS objetiva avaliar se o SUS está conseguindo cumprir seus princípios e diretrizes, porém ele se limita a uma esfera de análise que não é possível analisar todos os princípios e diretrizes (participação popular, equidade, etc.) do SUS. Tanto numa visão geral do Brasil, quanto um estudo mais detalhado do estado da Paraíba, nota-se que o SUS não está conseguindo manter um bom padrão de regionalização, visto a heterogeneidade das regiões brasileiras e os baixos índices de acesso a saúde nos municípios estudados nessa pesquisa. Uma possível crítica ao IDSUS é que ele não trabalha com a ideia de avaliar a satisfação da população com os serviços, como anda estruturado os hospitais de grande porte ou as unidades de atenção básica a saúde, tempo médio de atendimento nos hospitais, etc

A presente pesquisa limitou-se a estudar apenas quatro regiões de saúde do estado da Paraíba, podendo auxiliar outros pesquisadores a entender como está a situação de outros estados brasileiros, fazendo uma análise mais detalhada e estudando mais regiões de saúde por estado, ou o próprio estado da Paraíba. Visa também, auxiliar outros pesquisadores a constatar se a situação que foi encontrada nas regiões da Paraíba como bons índices de efetividade dos serviços em contraste com índices baixos de acesso a saúde e vice-versa, está presente em outras regiões de diferentes estados brasileiros. Pode também, motivar outras pessoas a fazer um estudo mais aprofundado do IDSUS, analisando mais detalhadamente os indicadores, métodos estatísticos, parâmetros para o cálculo das notas, pontuação para o cálculo das notas e etc.

7. Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema único de saúde**. Brasília, 2011. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v.1)

BRASIL. Departamento de apoio à descentralização, Secretaria-Executiva, Ministério da Saúde. **Pacto de Gestão. Garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Regulamento 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, Brasília, DF, 20 SET. 1990. Disponível em <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109386/lei-8080-90#>>. Acesso em 13 Novembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa. Orientações para implementação do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 3)

BRASIL. Presidência da República. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei n.º 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**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 29 jun. 2011, v. 148, n. 123, seção 1, p. 1-3. Disponível em <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em 13 Novembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do SUS Doutrinas e Princípios. 1990. Disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em 13 Novembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. 2006a. Disponível em:

<<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/volume1.pdf> >. Acesso em: 13 Novembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)**. Documento Base do IDSUS 2014. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/documentos/IDSUS_Texto_Base_13-03-14.pdf>. Acesso em: 13 Novembro 2016.

FAVERET F. P, OLIVEIRA P. G. **A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde.** *Planejamento e Políticas Públicas*. 1990, 3: 139-162.

FLEURY, S. **Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

LIMA, L. D. VIANA. A. L. D; MACHADO C. V.; ALBUQUERQUE M. V. OLIVEIRA R. G.; IOZZI F. L.; SCATENA J. H. G.; MELLO G. A. PEREIRA. A. M, M.; COELHO A. P. S. **Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001100005&lng=en&nrn=iso>. Acesso em 12 Novembro 2016.

MATTA, G.C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In. Matta, Gustavo Corrêa; Moura, Ana Lucia de. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde.** Rio de Janeiro, EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p.61-80.

PONTES, A. P. M; OLIVEIRA D. CESSO R.G.D; GOMES A. M. T. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de Saúde: o que pensam os usuários? *Revista de Enfermagem*, p. 500-507 jul-set 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>> Acesso em: 13 Novembro 2016.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: **A região de saúde como caminho.** *Saúde soc.*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, Junho 2015. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902015000200438>. Acesso: em 13 Novembro 2016.

SOUZA, R. S. **Construindo o SUS. A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo.** 2002. Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social da UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/2_5_2013__0_Construindo_o_SUS.pdf>. Acesso em 13 Novembro 2016.