

AS PECULIARIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE GURUPI ESTADO DO TOCANTINS

Solimar Pinheiro da Silva¹, Adriana Leonidas de Oliveira²

¹Mestrando em Gestão e Desenvolvimento Regional - Programa de Pós-graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional - PPGDR - Universidade de Taubaté – Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro - 12020-040 – Taubaté/SP – Brasil – solimarpinheiro@hotmail.com

²Professora do Programa de Pós-graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional - PPGDR - Universidade de Taubaté – Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro - 12020-040 - Taubaté/SP - Brasil – adrianeleonidas@uol.com.br

Resumo: Este trabalho traz os resultados de uma pesquisa sobre as peculiaridades de implantação da atenção à saúde na cidade de Gurupi, Estado do Tocantins, pontuando as conquistas e os retrocessos vivenciados pelo município no período compreendido entre 1998 a 2006, seguido da implantação do Pacto pela Saúde. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com consulta a artigos e sites governamentais federais e estaduais, e documental, com coleta de dados na Secretaria da Saúde e Câmara Municipal da cidade de Gurupi. Foi possível constatar que uma política de saúde que visava melhorar o atendimento em saúde da população terminou por causar retrocesso no atendimento, obrigando pacientes a serem atendidos em outra cidade por absoluta falta de estrutura da saúde pública municipalizada.

Palavras-chave: Atenção Básica. Princípios do SUS. Pacto pela saúde.

Área do Conhecimento: Ciências Sociais Aplicadas

Introdução

Há 22 anos a saúde brasileira foi considerada um direito de todos e um dever do Estado. A instituição dessa democratização da saúde, constante na Constituição de 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde – regulamentado pela Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei Federal 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – foi seguida pela publicação das Normas Operacionais Básicas (NOBs).

Baseada nos princípios do SUS – equidade, universalidade e integralidade – a proposta desse novo modelo de assistência trazia, junto, a questão de como gerir toda essa política que propunha a descentralização e a hierarquização.

No início do século XXI, mais precisamente em fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde uniu-se às Secretarias estaduais e municipais para a construção do Pacto pela Saúde, normalizado pela Portaria 399/2006 e considerado fundamental para a consolidação responsável e eficiente do Sistema Único de Saúde.

Em Gurupi, a implantação inicial desse sistema pré-pacto, passou por dois momentos em governos distintos e ocorreu com percalços. Assim, o objetivo do presente artigo é apresentar as peculiaridades da implantação da atenção à saúde na cidade de Gurupi, Estado do Tocantins, a qual foi seguida da implantação do Pacto pela Saúde, pontuando as conquistas e os retrocessos

vivenciados pelo município no período compreendido entre 1998 a 2006,

Metodologia

Na elaboração do trabalho foi empreendida uma pesquisa exploratória, bibliográfica e documental, com busca de dados em publicações e sites oficiais do Governo Federal e Estadual e em arquivos da Secretaria da Saúde e Câmara Municipal da cidade de Gurupi.

Resultados

O município de Gurupi

Localizado na região Sul do Estado do Tocantins com uma área de 1.836,08 km² e elevado à categoria de município em 1958, Gurupi soma um total de 76.275 habitantes (IBGE, 2010) que tem no setor primário uma das bases de sua economia – a exploração agropecuária se constitui num dos pontos de sustentação de seu desenvolvimento.

Soma-se a isso a contribuição da indústria e do setor de serviços, este último alavancado pelo ensino superior, com a presença de um Centro Universitário, um campus da Universidade Federal do Tocantins, uma escola Técnica Federal e, a partir de 2010, pela construção da Ferrovia Norte-Sul que se ligará à Estrada de Ferro Carajás ao Norte e à Ferrovia Centro Atlântica ao Sul numa extensão superior a 2000 quilômetros. Apresenta-

se na Tabela 1 dados do PIB do município, segundo dados do IBGE (2007).

Tabela 1- Dados do PIB da cidade de Gurupi

GURUPI – PIB	
Agropecuária	22.895
Indústria	161.270
Serviços	467.137

Fonte: IBGE (2007) Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais. (Elaboração do autor).

Em relação aos programas de assistência à saúde dos municípios até chegar ao atual Pacto pela Saúde, Gurupi experimentou períodos em que instituições pertencentes à iniciativa privada se alternaram na prestação de serviços de saúde, com instituições integrantes do poder público municipal e estadual. Essas alternâncias se revestem de características especiais, não despidas de tensões, a seguir relatadas.

O Conselho de Saúde de Gurupi

Um dos itens indispensáveis à implantação da Gestão Plena nos municípios é a existência do Conselho Municipal de Saúde (CMS), órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve ser composto por representantes de todas as esferas da sociedade.

Em Gurupi, a Lei 1.022, de 31/08/1993, instituiu o CMS no município em caráter permanente para atuar “na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros”, estabelecendo um orçamento de CR\$ 90.000,00 (noventa mil cruzeiros reais). (TOCANTINS, Lei nº 1.022). Nesse período, o município contava aproximadamente 57.647 habitantes.

Em 1997, com a mudança de comando na Prefeitura Municipal, foi sancionada a Lei 1.190, de 28/07/1997 que alterou o documento de 1993, reconstituiu o Conselho, trouxe no bojo as características de sua estrutura e funcionamento e autorizou a abertura de crédito especial no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).

Em 3 de dezembro do mesmo ano, a Lei nº. 1.212 autorizou a criação do Hospital Municipal Gilberto Rezende Rocha – que, num primeiro momento, funcionaria apenas como Hospital da Mulher, com um crédito no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) – e dispôs sobre a instituição do Fundo Municipal de Saúde.

Esse fundo, de acordo com a referida lei, criaria “condições financeiras e de gerência dos recursos oriundos da União, do Estado, do Município ou de

outras fontes, destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas, controladas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde”. (TOCANTINS, Lei 1.212). O ato de criar o hospital objetivava a municipalização plena da saúde.

Ainda em 1997, foi promulgada a Lei nº 1.216 que redefiniu a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde para adequá-la aos parâmetros determinados pela Lei Orgânica Nacional de Saúde e garantiu a aplicação mínima de 10% (dez por cento) dos recursos próprios para a referida Secretaria. No ano anterior o IBGE contava, no município, 64.725 habitantes. (IBGE, 1996).

As Normas Operacionais Básicas

Passado o primeiro ano de governo e de estudos que viabilizassem a instalação da Gestão Plena, o prefeito de Gurupi assina a Lei nº. 1.279 de 11/12/98, com efeitos retroativos a 31/10/98, autorizando o município a implantar e tornar concreta a Gestão Plena do Sistema Municipal, especificando que “todas as ações serão pautadas pela Norma Operacional Básica NOB 01/96”. (TOCANTINS, Lei nº. 1.279).

O novo momento para a saúde no município teve início a partir da reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite em outubro/98, quando a comissão analisou o pleito de habilitação à condição de gestão Plena do Sistema Municipal de Gurupi, aprovado na mesma data por unanimidade.

Na ocasião, depois de rescisão amigável do contrato de prestação de serviços assinado entre o Estado e a Sociedade Beneficente São Camilo, a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins forneceu, em contrapartida ao projeto que nascia, funcionários, bens imóveis e móveis, equipamentos e estoques em geral, lembrando a necessidade de serem feitas aplicações do Tesouro Municipal. (TOCANTINS, ATA...1998). As responsabilidades ficaram distribuídas conforme exposto no Quadro 1 e os recursos disponibilizados são apresentados na Tabela 2.

Gerência Municipal	Gerência Estadual	Gerência Privada
A rede de Saúde Pública no Município.	Hemonúcleo	Hospital Regional
Hospital Materno Infantil.NAPS		APAE
		Inst. Evangélico
		Associação de Apoio a Obras Comunitárias

Quadro 1- Distribuição de responsabilidades
Fonte: Ata de reunião da Comissão Intergestores Bipartite do Tocantins, de 14/10/98. (Elaboração do autor).

Tabela 2- Recursos disponibilizados

RECURSOS	
Federais	Estaduais
R\$362.803,49	R\$ 266.109,18 (310 funcionários)

Fonte: Ata de reunião da Comissão Intergestores Bipartite do Tocantins, de 14/10/98. (Elaboração do autor).

Passados seis meses da instalação da Gestão Plena, as reivindicações do município junto à Comissão Intergestores Bipartite incluem renegociação dos critérios quanto ao sistema de pagamento dos serviços prestados pela Cooperativa de Anestesia local (adicional de 30%), realização de exames de colposcopia e de cirurgias de alta frequência em Gurupi.

Em relação ao pagamento dos serviços de anestesia estabeleceu-se um impasse administrativo quando o município reivindicou que o estado se responsabilizasse pelo pagamento de 45% dos serviços prestados. (TOCANTINS, Ata, 1999).

No mês de fevereiro de 2000, em nova reunião da Comissão Intergestores Bipartite, o município solicitou parceria do estado sob a forma de bens móveis e pessoal, para o funcionamento do Hospital Municipal Gilberto Rezende Rocha. (TOCANTINS, Ata...1999).

Em abril do mesmo ano, o prefeito relata dificuldades para gerir a saúde municipal e solicita ajuda ao estado na busca de soluções. Um dos problemas apontados foi a discordância de funcionários, dentre eles profissionais médicos, que não quiseram transferir-se para o município.

A sugestão do prefeito para solucionar o imbróglio foi que o estado demitisse esses médicos. Continuando, abordou os desconfortos do município em relação à equipe de ortopedistas, ficando pactuado que os pacientes gurupienses que necessitassem dessa especialidade seriam encaminhados para atendimento em Palmas, cidade distante 240 km desse município.

Após dois anos de sua implantação, a Gestão Plena do Sistema Municipal de Gurupi passou por avaliação e o relatório foi conclusivo ao destacar o descumprimento de responsabilidades e requisitos estabelecidos na NOB-SUS/96 e NOAS/2001. Colocado o relatório em votação a Comissão Intergestores Bipartite optou pela continuidade da habilitação do município. (TOCANTINS, Ata...2001).

De acordo com o Ministério da Saúde, foram transferidos para Gurupi, nos três primeiros meses de 2001, os seguintes valores:

Tabela 3- Valores transferidos

	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR/AMBULATORIAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE			
	A	B	C	TOTAL
Jan.	286.698,00	2.151,15	92,40	288.941,55
Fev.	286.698,00	0,00	0,00	286.698,00
Mar.	23.192,00	0,00	0,00	23.192,00
Total	596.588,00	2.151,15	92,40	598.831,55

A – Assistência Hospitalar e Ambulatorial; B – Programa de Combate ao câncer de colo de útero; C – Programa Tuberculose.

Fonte: DATASUS. (Elaboração do autor).

Em 2003, o município contava com 45 pontos de atendimento à saúde, conforme Tabela 4:

Tabela 4 - Pontos de atendimento à saúde

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - 2003	
Hospitais	5
Policlínicas	1
Centros de Saúde	4
Postos de Saúde	35

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde / SEPLAN-TO / DPI. (Elaboração do autor).

Dados do DATASUS informam que o governo federal transferiu para Gurupi, via SUS, de 2003 a 2009, um total de R\$ 42.456.064,42 assim distribuídos:

Tabela 5- Transferências de verbas para Gurupi

Período	Transferências
2003	2.571,000,96
2004	3.067.471,30
2005	5.189.444,30
2006	8.110.594,74
2007	7.548.746,09
2008	7.461.232,09
2009	8.507.574,94

Fonte: siops.datasus.gov.br/rel_LRF (Elaboração do autor).

A contribuição do Estado do Tocantins, no mesmo período, é representada pelo numeral zero, tendo sido constatada a transferência de R\$ 1.060.515,58 no ano de 2008, contrariando o citado anteriormente de que a contrapartida do

Estado se efetivaria com a disponibilização de mão de obra, não tendo sido explicada, no relatório, a transferência do referido valor.

No ano de 2005 o município gastava com atenção básica um total de R\$ 2.557.872,17 para uma população estimada em 71.643 hab.

O Pacto pela Saúde gurupiense

Instituído em 2006 como estratégia-base de consolidação do SUS, o acordo entre o Ministério da Saúde e as representações dos gestores responsáveis pelo SUS denominado Pacto pela Saúde é formado por três pactos: o Pacto em defesa do SUS – com a proposta de consolidar a reforma sanitária do País; o Pacto de Gestão – que estabelece as responsabilidades sanitárias dos gestores municipais; e o Pacto pela Vida, cujas prioridades envolvem o cuidado com o idoso, combate ao câncer de colo de útero, redução da mortalidade infantil, promoção e atenção básica da saúde. (BRASIL, 2007).

O pacto pela saúde, resultado de mais de três anos de debates e negociações entre as representações dos gestores do SUS em nível municipal, estadual e nas instâncias de pactuação, conhecidas como Comissões Bipartite e Tripartite, encontrou o município de Gurupi com uma população estimada em 74.357 000 habitantes (IBGE, 2009), 10 (dez) Postos de Saúde, 01 (uma) Unidade de Referência em Farmácia e Fisioterapia 01 (um) Ambulatório e 01 (uma) Policlínica – esta última funcionando nas mesmas instalações anteriormente utilizadas como sede do Hospital Gilberto Rezende Rocha, inativado por não oferecer condições para funcionamento. (TOCANTINS, SECRETARIA, 2010).

Nos Postos de Saúde funcionando de 7:00 às 11:00 e de 13:00 às 17:00, os pacientes recebem atenção de Clínica Geral, sendo as especialidades encaminhadas à Policlínica ou ao Ambulatório. Somando um total de 174 agentes comunitários, a saúde municipal conta com os programas DST/AIDS, Diabetes, Programa da Mulher, Programa da Criança e Saúde do Homem. (TOCANTINS, SECRETARIA...2010). A rede particular de saúde, não descrita por não fazer parte dos objetivos do trabalho, complementa o atendimento à população gurupiense.

A gestão dessa gama de atividades obedece ao preconizado no Pacto pela Saúde, por meio do Pacto de Gestão que define “as responsabilidades sanitárias de cada gestor municipal, estadual e federal para a gestão do SUS, nos aspectos da gestão do trabalho, educação na saúde, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação das ações e serviços, monitoramento e avaliação, auditoria, participação e controle social e descentralização”. (BRASIL, 2007, p. 17).

A ordem é de descentralização

No âmbito das novas políticas públicas para o sistema de saúde brasileiro, um dos pontos cardinais é a descentralização, ou seja, a transferência da gestão do âmbito federal para o município, lá onde as pessoas devem ser atendidas em todas as suas necessidades de saúde sob a responsabilidade dos gestores municipais que, auxiliados pelo governo estadual, são os principais responsáveis pela condução dessa nova política.

A Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde nº8080/90 – que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes – remetem às obrigações dos gestores municipais, à organização e ao funcionamento do SUS.

Tendo esses documentos como pano de fundo, publicaram-se resoluções e portarias favorecedoras da necessária intercambialidade de ações e serviços entre as três esferas de governo. Surgiram, inicialmente, as Normas Operacionais Básicas (NOB) elaboradas para regular e garantir o funcionamento do sistema. (BRASIL, 2007).

A primeira, 01/91, criada pela Resolução nº. 258/1991 do Ministério da Saúde estabelecia o repasse de recursos para o município mediante a produção de serviços de saúde, além de levar em conta a qualidade desses serviços.

A NOB 01/92 (Portaria nº. 234/1992 do MS) pouco ou nada evoluiu no quesito repasse de recursos, mas a NOB 01/93 (Portaria nº. 545/1993) ao dar ênfase à administração da saúde pelos municípios trouxe, no bojo, programação e exigências pontuais que permitiam ao município implementar a administração dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde. Surgiram, a partir daí, as comissões intergestoras tripartite e bipartite.

A NOB 01/96, instituída pela Portaria nº. 1.742/1996-MS fez mudanças de maior relevância na questão dos repasses financeiros ao estabelecer a transferência automática dos recursos, a chamada transferência fundo a fundo, que deu robustez à autonomia dos municípios e estados, e definiu as competências de cada um dos três níveis da Federação. Essa norma determinou que a normalização e o financiamento da saúde são encargos da União, ficando sob a responsabilidade dos municípios os atos de gestão e execução. Assim, previa três maneiras de gestão municipal: Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semiplena, cada uma com atribuições específicas.

Incipiente	Parcial	Semiplena
O município controla: → ações da saúde, em relação aos serviços → ações relativas à nutrição, saúde, educação, vigilância sanitária e epidemiológica.	O município assume: → o previsto na gestão incipiente; → recebe e repassa pagamentos feitos pela esfera federal à assistência pública e privada.	O município gerencia: → assistência pública e privada do município e as ações contempladas na gestão incipiente.

Quadro 2- Gestões Municipais- NOB/96
Fonte: Portaria nº. 1.742/1996-MS (Elaboração do autor).

A NOB 01/96 instituiu, ainda, a Gestão Plena Municipal da Saúde colocando sob a responsabilidade do município todas as gestões da saúde, sobretudo as ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, todas as unidades de saúde (públicas e privadas) vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e todo o sistema de procedimentos de alto custo/complexidade para os quais é referência

Em janeiro de 2001, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº. 95 que aprovava a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que, entre outros itens, aumentava o compromisso dos governantes municipais em relação à Atenção Básica. No ano seguinte esta norma foi revogada pela Portaria nº. 373/2002-MS que instituiu a NOAS-SUS 01/02 e trouxe melhorias às proposições contidas na 01/01.

Os passos seguintes empreendidos pelo Ministério da Saúde, após constatadas as dificuldades gerenciais que atingiam principalmente as municipalidades e a avaliação desfavorável da população em relação aos serviços prestados, levaram à instalação de discussões em defesa do SUS e ao pacto pela saúde (BRASIL, 2007).

Discussão

Os dados coletados neste trabalho mostram que houve um equívoco de considerável monta na implantação inicial do SUS por meio das NOBs/NOAS criadas na década de 90, uma vez que as mesmas foram insuficientes para contemplar a complexidade do sistema, especialmente em relação à questão da gestão. A implantação do sistema de gestão plena, à época, causou desconforto, atritos e prejuízos tanto para a população como para os prestadores de serviços. Este fato fica mais palpável ainda quando os motivos do surgimento da nova política

de saúde, ou seja, o Pacto pela Saúde em que os gestores do sistema fazem um *mea culpa* ao perceberem que, apesar das ações empreendidas, os graves problemas na saúde persistiam, que os interesses de mercado e o lucro nunca estiveram ausentes do sistema, exigindo mobilização da sociedade e que, da maneira como vinha sendo conduzida a política de consolidação do SUS, os objetivos constitucionais não seriam atingidos.

Diante dessas constatações foi criada uma nova política de saúde chamada Pacto pela Saúde que é constituída por três outros Pactos, o Pacto pela vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Como ocorreu no sistema que a precedeu, essa política também deverá passar por avaliação.

Em relação à implantação das políticas de saúde no município de Gurupi, foi possível constatar que uma política de saúde que visava melhorar o atendimento em saúde da população terminou por causar retrocesso no atendimento, obrigando pacientes a serem atendidos em outra cidade (Palmas) por absoluta falta de estrutura da saúde pública municipalizada.

Hoje, as ações empreendidas sob o Pacto pela Saúde estão seguindo os princípios e diretrizes do SUS, sendo a assistência em saúde via pacto pela saúde, seguramente, melhor que a da época das NOBs e NOAS.

Conclusão

Os dados mostram que a administração dos recursos da saúde no município de Gurupi passou por várias fases até chegar ao sistema de gestão atual, o chamado Pacto pela Saúde e que a implantação da gestão plena foi um problema na saúde pública de alta relevância, pois embora trouxesse embutidos avanços como a descentralização, hierarquização e o chamado controle social, não conseguiu, durante a sua vigência, melhorar o nível de atendimento em saúde nesse município. Sendo o SUS um sistema inclusor, que acolhe toda a população brasileira, há necessidade de ajustes e controles para que os erros do passado não sejam repetidos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/Leis/L8080.htm>>. Acesso em: 08 jun 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Disponível

em: <<http://www.planalto.gov.br/Leis/L8142.htm>>. Acesso em: 08 jun 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dialogando sobre o Pacto pela Saúde/Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 399/2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Disponível em: <www.conass.org.br/arquivos/file/legislacaodosus.pdf>. Acesso em: 10 jun 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 234/1992**. Cria o CONASS e o CONASEMS - Disponível em: <www.conasems.org.br/files>. Acesso em: 10 jun 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 373/2002/MS**. Aperfeiçoa e revoga a NOAS-SUS 01. Disponível em: <www.conass.org.br/arquivos/file/legislacaodosus.pdf>. Acesso em: 10 jun 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 545/1993**. Cria a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Disponível em: <www.conass.org.br/arquivos/file/legislacaodosus.pdf>. Acesso em: 10 jun 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº. 258/1991**. Aplica provisoriamente, a partir de 1º de janeiro de 1992, os coeficientes dos Fundos de Participação constantes da Resolução TCU nº 251/90. Disponível em: <portal2.tcu.gov.br/portal/.../FPM-1992%20RES1991_258>. Acesso em: 10 jun 2010.

IBGE. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais**. 1977. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/.../03_basedados.pdf>. Acesso em: 12 jun 2010.

_____. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais**. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=170950#>>. Acesso em: 10 jun 2010.

_____. **Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados/index.php?uf=17>>. Acesso em: 08 jun 2010.

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde. **Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal**. Disponível em: <siops.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 jun 2010.

TOCANTINS. Secretaria Estadual de Saúde. **Ata da Comissão Intergestores Bipartite do Tocantins**. Palmas, 1998. Disponível em: <www.saude.to.gov.br/bipartite/.../AtasCIB1998/Ata%20CIB.14.10.98.doc>. Acesso em: 12 jun 2010.

TOCANTINS. Secretaria Estadual de Saúde. **Ata da Comissão Intergestores Bipartite do Tocantins**. Palmas, 1999. Disponível em: <www.saude.to.gov.br/bipartite/.../AtasCIB1999/ATA%20CIB%2002.03.99>. Acesso: 12 jun 2010.

TOCANTINS. Secretaria Estadual de Saúde. **Ata da Comissão Intergestores Bipartite do Tocantins**. Palmas, 1999. Disponível em: <www.saude.to.gov.br/bipartite/.../AtasCIB1999/ATA%20CIB%2010.06.99.doc>. Acesso: 12 jun 2010.

TOCANTINS. Secretaria Estadual de Saúde. **Ata da Comissão Intergestores Bipartite do Tocantins**. Palmas, 2000. Disponível em: <www.saude.to.gov.br/bipartite/.../AtasCIB2000/ATA%20CIB%2003.02.2000>. Acesso: 12 jun 2010.

TOCANTINS. Secretaria Estadual de Saúde. **Ata da Comissão Intergestores Bipartite do Tocantins**. Palmas, 2000. Disponível em: <www.saude.to.gov.br/bipartite/.../AtasCIB2000/ATA%20CIB%2018.04.2000>. Acesso: 12 jun 2010.

TOCANTINS. Secretaria Estadual de Saúde. **Ata da Comissão Intergestores Bipartite do Tocantins**. Palmas, 2001. Disponível em: <www.saude.to.gov.br/bipartite/.../AtasCIB2001/ATA%20CIB%2008.03.2001>. Acesso: 12 jun 2010.

TOCANTINS. Câmara Municipal de Gurupi. **Lei nº 1.022 de 31 de agosto de 1993**. Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Gurupi, 1993.

TOCANTINS. Câmara Municipal de Gurupi. **Lei nº 1.190, de 28 de julho de 1997**. Altera a Lei nº 1.022/93 de 31/08/93 e dá outras providências. Gurupi: Câmara Municipal, 1997.

TOCANTINS. Câmara Municipal de Gurupi. **Lei nº 1.212, de 03 de dezembro de 1997**. Dispõe sobre a criação do Hospital Municipal Gilberto Rezende Rocha. Gurupi: Câmara Municipal, 1997.

TOCANTINS. Câmara Municipal de Gurupi. **Lei nº 1.216, de 19 de dezembro de 1997**. Altera a Estrutura Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde adequado a Lei nº 1.188, de 30 de junho de 1997 ao que determina a Lei Orgânica Nacional de Saúde. Gurupi: Câmara Municipal, 1997.

TOCANTINS. Câmara Municipal de Gurupi. **Lei nº 1.279, de 11 de dezembro de 1998**. Autoriza o Município de Gurupi a implantar as ações de saúde Municipal. Gurupi: Câmara Municipal, 1998.

TOCANTINS. Secretaria Estadual de Saúde / SEPLAN-TO. Disponível em: <http://www.seplan.to.gov.br/seplan/br/download/Perfil_Gurupi.pdf>. Acesso em: 12 jun 2010.