



UNIVERSIDADE FEDERAL DO NORTE DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ARAGUAÍNA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMANDAS POPULARES E DINÂMICAS
REGIONAIS

EDUARDO CUNHA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE ACESSO AO TRANSPORTE
SANITÁRIO DE PACIENTES EM ARAGUAÍNA – TO**

ARAGUAÍNA – TO
2025

EDUARDO CUNHA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE ACESSO AO TRANSPORTE
SANITÁRIO DE PACIENTES EM ARAGUAÍNA – TO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais da Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT), como requisito à obtenção do grau de Mestre em Planejamento Urbano e Regional/Demografia tendo como subárea Demandas Populares e Dinâmicas Regionais.

Área de Concentração: Planejamento Urbano e Regional/Demografia.

Subárea de concentração: Demandas Populares e Dinâmicas Regionais.

Linha de Pesquisa: Vulnerabilidade e Dinâmicas Regionais.

Orientadora: Dr^a. Lilyan Rosmery Luizaga de Monteiro.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Sistema de
Geração de Ficha Catalográfica SGFC-UFNT

Gerado automaticamente mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S586“ SILVA, EDUARDO CUNHA DA.
“AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE ACESSO AO
TRANSPORTE SANITÁRIO DE PACIENTES EM ARAGUAÍNA
– TO” / EDUARDO CUNHA DA SILVA. - Centro de Ciências
Integradas - CCI, TO, 2025.

104 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) (Pós-Graduação - Programa de
Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais -
PPGDire) -- Universidade Federal do Norte do Tocantins, 2025.

Orientador: Lilyan Rosmery Luizaga de Monteiro .

1. Políticas Públicas. 2. Mobilidade Urbana e saúde. 3.

Desenvolvimento Regional.

CDD 300

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de
qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que
citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime
estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.


EDUARDO CUNHA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE ACESSO AO TRANSPORTE
SANITÁRIO DE PACIENTES EM ARAGUAÍNA – TO**


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais da Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT), como requisito à obtenção do grau de Mestre em Planejamento Urbano e Regional/Demografia tendo como subárea Demandas Populares e Dinâmicas Regionais.

Data de aprovação: 13/03/2025.


Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
 **LILYAN ROSMERY LUIZAGA DE MONTEIRO**
Data: 13/03/2025 19:40:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr^a. Lilyan Rosmery Luizaga de Monteiro – UFNT
Presidente da banca e orientadora

Documento assinado digitalmente
 **MAURICIO FERREIRA MENDES**
Data: 13/03/2025 22:43:47-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Maurício Ferreira Mendes – UFNT
Avaliador Interno - PPGDire/UFNT

Documento assinado digitalmente
 **JOSE SAMPAIO DE MATTOS JUNIOR**
Data: 14/03/2025 09:16:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. José Sampaio de Mattos Junior – UEMA
Avaliador Externo

“A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”. (Albert Einstein)

“Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, minha mãe Maria Felix Barros Cunha (In memoria), meu pai João Cardoso da Silva e aos meus irmãos e amigos.

AGRADECIMENTOS

Início esse momento agradecendo a Deus pelo privilégio de me conceder a oportunidade de participar do programa de pós-graduação Demandas Populares e Dinâmicas Regionais (PPGDire) do Centro de Ciências Integradas da Universidade Federal do Norte do Tocantins (CCI/UFNT), em Araguaína – TO.

Em seguida, sou agradecido pelos docentes que lapidaram meu projeto inicial e acreditaram no meu potencial, como a orientadora e guia Prof^a. Dr. Lilyan Rosmery Luizaga de Monteiro, que agradeço pela condução desta pesquisa com muito carinho e afeto, seguido do Prof. Dr. Miguel Pacifico Filho, com instruções homeopáticas de saber, Prof. Dra. Thelma Pontes Borges, por sua busca de excelência acadêmica e modelo de profissional, e ao Prof. Dr. João de Deus, pelo carinho e dedicação e pelas incursões sugeridas à pesquisa.

Neste caminhar, agradeço aos meus companheiros do curso, por todo o apoio e troca de conhecimento nesses últimos dois anos, e ao meu amigo Carlos Eduardo, por caminhar comigo e me apoiar ao longo da minha formação, me incentivando nos momentos difíceis em que pensei em desistir.

Por fim não poderia deixar de agradecer a minha equipe de trabalho no NatJus Municipal de Araguaína -TO, por toda a compreensão e incentivo nos momentos de desânimo, todos me motivavam a continuar em frente.

Resumo

SILVA, Eduardo Cunha da Silva. “Avaliação da Política Pública de Acesso ao Transporte Sanitário de Pacientes em Araguaína – TO”. 2025. 104 fls. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais (PPGDire). Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT).

Esta dissertação analisa a política pública de acesso ao transporte sanitário no município de Araguaína, Tocantins, renovada em 2021, considerando sua relevância na ampliação do acesso aos serviços de saúde. O estudo investiga as condições de oferta e utilização desse serviço, bem como sua efetividade na garantia do direito à saúde, a partir da experiência dos usuários e da perspectiva dos gestores. Para isso, a pesquisa adota uma abordagem mista, combinando métodos qualitativos e quantitativos. A análise baseia-se em revisão bibliográfica, levantamento de dados secundários e entrevistas, possibilitando uma compreensão abrangente dos desafios e potencialidades da política. O referencial teórico fundamenta-se no estudo das políticas públicas e no conceito de desenvolvimento como liberdade, conforme proposto por Amartya Sen, ressaltando a relação entre mobilidade, equidade social e saúde pública.

Os resultados evidenciam desafios na operacionalização do transporte sanitário, incluindo limitações na infraestrutura, dificuldades na articulação entre os níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade de aprimoramento no planejamento para atender à demanda crescente. Além disso, a judicialização da saúde surge como um fator significativo na solicitação do serviço, refletindo lacunas na efetivação do direito à saúde. Conclui-se que, embora o transporte sanitário desempenhe um papel fundamental na redução das barreiras de acesso aos serviços de saúde, sua efetividade está diretamente condicionada a melhorias na gestão, no financiamento e na integração com outras políticas públicas. Entre as recomendações, destacam-se a ampliação da frota, a capacitação dos profissionais envolvidos e a implementação de mecanismos contínuos de monitoramento e avaliação, de modo a garantir um serviço mais eficiente, equitativo e humanizado.

Palavras-chaves: Políticas públicas; Mobilidade urbana e saúde, Desenvolvimento regional.

Abstract

SILVA, Eduardo Cunha da Silva. “**Evaluation of the Public Policy for Access to Patient Health Transport in Araguaína – TO**”. 2025. 104 pages. Dissertation (Master's) – Graduate Program in Popular Demands and Regional Dynamics (PPGDire). Federal University of Northern Tocantins (UFNT).

This dissertation analyzes the public policy of access to sanitary transportation in the municipality of Araguaína, Tocantins, renewed in 2021, considering its relevance in expanding access to healthcare services. The study investigates the conditions of service provision and utilization, as well as its effectiveness in ensuring the right to health, based on user experiences and the perspective of service managers. To achieve this, the research adopts a mixed-methods approach, combining qualitative and quantitative methodologies. The analysis is based on a literature review, secondary data collection, and interviews, providing a comprehensive understanding of the challenges and potential of the policy. The theoretical framework is grounded in public policy studies and Amartya Sen’s concept of development as freedom, highlighting the relationship between mobility, social equity, and public health. The results reveal challenges in the implementation of sanitary transportation, including infrastructure limitations, difficulties in coordination between different levels of management within the Unified Health System (SUS), and the need for improved planning to meet the growing demand. Additionally, the judicialization of healthcare emerges as a significant factor influencing service requests, reflecting gaps in the realization of the right to health. The study concludes that, while sanitary transportation plays a fundamental role in reducing barriers to healthcare access, its effectiveness is directly dependent on improvements in management, funding, and integration with other public health policies. Key recommendations include fleet expansion, professional training, and the implementation of continuous monitoring and evaluation mechanisms to ensure a more efficient, equitable, and humanized service.

Keywords: Public policies; Urban mobility and health; Regional development.

LISTA DE IMAGENS E FIGURAS

Imagem 1 – Estrutura da dissertação.

Imagem 2 – Vista do Centro de Araguaína com Ênfase na Área Comercial.

Imagem 3- Veículo Utilizado no Transporte Sanitário.

Imagem 4 – Fachada da Clínica Renal Center em Araguaína, Tocantins.

Imagem 5: Instituto de Doenças Renais do Tocantins (IDRT) em Araguaína, Tocantins.

Figura 1: Nuvem de Palavras das Entrevistas sobre Transporte Sanitário em Araguaína.

Figura 2: Percepções Acerca das Entrevistas com os Pacientes do Transporte Sanitário em Araguaína, TO.

LISTA DE MAPAS

Mapa 1: Espacialização de pacientes que utilizam o transporte sanitário no município de Araguaína- TO.

Mapa 2: Espacialização de Pacientes que Aguardam na Fila de Atendimento de Transporte Sanitário de Araguainba- TO.

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

- Quadro 1:** Bibliometria temas afins ao transporte sanitário em Araguaína- TO.
- Quadro 2:** Dados populacionais de Araguaína/TO (IBGE, 2022).
- Quadro 3:** Dimensões do Pacto pela Saúde, 2006.
- Quadro 4:** Visualização das categorias e subcategorias propostas pela análise de conteúdo.
- Quadro 5:** Demandas Administrativas consultadas ao NatJus.
- Quadro 6:** Principais assuntos abordados nos ofícios encaminhados pela Defensoria e Ministério Público.
- Gráfico 1:** Perfil dos entrevistados por cor/raça/etnia.
- Gráfico 2:** Presença de deficiência ou necessidade especial entre os entrevistados.
- Gráfico 3:** Acesso e Utilização de Planos de Saúde pelos Entrevistados.
- Gráfico 4:** Estado Civil dos Entrevistados.
- Gráfico 5:** Composição Familiar com Base na Renda Mensal Comum.
- Gráfico 6:** Faixa de Renda Per Capita da Família.
- Gráfico 7:** Contribuinte Principal da Renda Mensal Familiar.
- Gráfico 8:** Participação da Família em Programas Sociais do Cadastro Único.
- Gráfico 9:** Acompanhamento por Centros de Referência Municipais (Entrevistado ou Familiar).
- Gráfico 10:** Tipo de Moradia dos Entrevistados.
- Gráfico 11:** Propriedade de bens da família dos entrevistados.
- Gráfico 12:** Presença de Doenças Graves entre os Entrevistados.
- Gráfico 13:** Presença de Pessoas com Doenças Graves no Núcleo Familiar.
- Gráfico 14:** Convivência com Idosos no Núcleo Familiar.
- Gráfico 15:** Principais assuntos abordados nos ofícios encaminhados pela Defensoria e Ministério Público.
- Gráfico 16:** Gênero declarado pelos pacientes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

AIS - Ações Integradas de Saúde.

BR-153 - Rodovia Belém-Brasília.

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

CCI/UFNT - Centro de Ciências Integradas da Universidade Federal do Norte do Tocantins.

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa.

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho.

CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

DRC - Doença Renal Crônica.

FUNRURAL - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IDRT - Instituto de Doenças Renais do Tocantins.

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social.

MATOPIBA - Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

PNAPDR - Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Renal.

SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS.

SUS - Sistema Único de Saúde.

TSE - Transporte Sanitário Eletivo.

UFNT - Universidade Federal do Norte do Tocantins.

UNITPAC - Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos.

UTI - Unidade de Terapia Intensiva.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	22
1.2 HIPÓTESE	22
1.3 JUSTIFICATIVA	22
1.3.1 JUSTIFICATIVA PRÁTICA E TEÓRICA	23
1.3.2 JUSTIFICATIVA DO RECORTE GEOGRÁFICO	24
1.4 OBJETIVOS	26
1.4.1 OBJETIVO GERAL	26
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	27
2 ARAGUAÍNA: CONTEXTO HISTÓRICO E PAPEL REGIONAL NO TOCANTINS	27
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO	27
2.2 DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E URBANO	28
2.3 PAPEL REGIONAL E DINÂMICA URBANA	29
3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E TRANSPORTE SANITÁRIO NO TOCANTINS	32
3.1 HISTÓRICO DO SUS NO BRASIL	32
3.2 REFORMA SANITÁRIA E CONSOLIDAÇÃO DO SUS	37
3.3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL	40
3.4 TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO: CONTEXTO E DESAFIOS	43
3.5 PERCURSO HISTÓRICO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA A PESSOA PORTADORA DE DOENÇA RENAL NO BRASIL	44
4. POLÍTICAS PÚBLICAS E TEORIA DO DESENVOLVIMENTO COMO LIBERDADE	52
4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS: DEFINIÇÕES E APLICAÇÕES	52
4.2 A CONTRIBUIÇÃO DE AMARTYA SEM	58
4.3 DESENVOLVIMENTO, LIBERDADE E ACESSO À SAÚDE	60
4.4 A INIQUIDADE E AS CONTRADIÇÕES SOCIAIS NO SÉCULO XXI	64
5. METODOLOGIA DA PESQUISA	64
5.1 ABORDAGEM E ESTRATÉGIA DA PESQUISA	65
5.2 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	65
5.3. ANÁLISE DOS DADOS E FERRAMENTAS UTILIZADAS	67
5.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	67
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES	67
6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS ENTREVISTADOS: ANÁLISE DAS QUESTÕES OBJETIVAS	68
6.2 PERCEPÇÃO SOBRE O TRANSPORTE SANITÁRIO: ANÁLISE DAS QUESTÕES DISCURSIVAS	82
6.3 ANÁLISE DAS DEMANDAS ENCAMINHADAS AO NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO (NATJUS) 86	
6.4 PRIMEIRAS IMPRESSÕES DAS ENTREVISTAS COM OS USUÁRIOS	89
6.5 A ANÁLISE DE CONTEÚDO COM O USO DO SOFTWARE WEBQDA	90
6.6 EFETIVIDADE DO TRANSPORTE SANITÁRIO E IMPACTO NA VIDA DOS USUÁRIOS	94
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	98
ANEXO A – Registros Fotográficos	103

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação surgiu da necessidade de avaliar a política pública de transporte sanitário implantada na cidade de Araguaína/TO, no ano 2021, construída por meio dos debates elaborados nas aulas das disciplinas de Pensamento Social Brasileiro e Planejamento Urbano e Regional do Curso de Pós-Graduação em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais (PPGDire), da Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT), Câmpus Universitário de Araguaína. No contexto dessas discussões, problematizou-se as dificuldades de implementação e manutenção das políticas públicas voltadas para uma cidade média da região norte do Tocantins.

O conceito de políticas públicas é polissêmico, isto é, possui vários significados. De modo geral, políticas públicas são entendidas como um conjunto de ações governamentais que influenciam diretamente o funcionamento da sociedade e a alocação de recursos visando a melhoria da qualidade de vida da população. Segundo Souza (2006), diversos estudiosos se dedicaram a definir o conceito, destacando-se Mead (1995), que a considera um campo de estudo sobre o governo e suas grandes questões públicas, e Dye (1984), que a sintetiza como "o que o governo escolhe fazer ou não fazer".

Segundo Souza (2006), diversos estudiosos se dedicaram a definir o conceito, destacando-se Mead (1995), que a considera um campo de estudo sobre o governo e suas grandes questões públicas, e Dye (1984), que a sintetiza como "o governo escolhe fazer ou não fazer".

Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como "o que o governo escolhe fazer ou não fazer". A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz (Souza, 2006, p. 24).

De acordo com Souza (2006), as políticas públicas se referem a um campo das práticas políticas a favor dos sujeitos que compõem uma sociedade. A implementação de políticas públicas impacta diretamente na vida dos cidadãos e o funcionamento das instituições, tornando essencial a compreensão.

Compreender a definição polissêmica do conceito de política pública é o primeiro passo, haja visto que não devemos ter noção generalizada ou superficial sobre esse termo, pois

“[...] se admitirmos que a política pública é um campo holístico, isto é, uma área que situa diversas unidades em totalidades organizadas, isso tem duas implicações” (Souza, 2006, p. 26).

A autora prossegue mencionando quais são as duas implicações em torno da busca um entendimento integral das políticas públicas:

A primeira é que, como referido acima, a área torna-se território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos. Assim, apesar de possuir suas próprias modelagens, teorias e métodos, a política pública, embora seja formalmente um ramo da ciência política, a ela não se resume, podendo também ser objeto analítico de outras áreas do conhecimento, inclusive da econometria, já bastante influente em uma das subáreas da política pública, a da avaliação, que também vem recebendo influência de técnicas quantitativas. A segunda é que o caráter holístico da área não significa que ela carece de coerência teórica e metodológica, mas sim que ela comporta vários “olhares”. Por último, políticas públicas, após desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação (Souza, 2006, p. 26).

Ao compreendermos que as políticas públicas contribuem para visualizar o papel desempenhado pelo Estado e a importância dessas ações para os cidadãos, bem como para o desenvolvimento do município, estado e país. Assim sendo, esta pesquisa se ancora na sistematização da seguinte situação problema: *Qual é a situação do transporte sanitário no município de Araguaína, após a publicação da Portaria nº 59 de 18 de março de 2021?*

Partindo do princípio de que a morosidade no acesso aos serviços de saúde, afeta a efetivação de políticas públicas, aventamos, nesta pesquisa, a seguinte hipótese: “A fragilidade das políticas públicas”, implantada em uma cidade da região norte do estado do Tocantins associada à falta de implementação efetiva do princípio da universalidade no acesso aos serviços de saúde, decorrente da necessidade de ampliação e fortalecimento da rede de serviços, melhoria da infraestrutura, qualificação dos profissionais, planejamento adequado e gestão eficiente dos recursos, se tornam ineficientes para atender os anseios mínimos da população objeto centrais das políticas públicas.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), defendida na Assembleia Nacional Constituinte de 1988, que no Art. 6º, diz que a saúde é um direito social e seu Art. 30º inciso V, estabelece que é responsabilidade do Estado disponibilizar os serviços públicos de interesse (BRASIL, 1988). A criação dessa instituição objetiva promover o acesso digno e básico à saúde para a população, uma demanda após muitas lutas das classes populares brasileiras.

No contexto desta pesquisa, a questão norteadora é: qual é a situação do transporte sanitário no município de Araguaína após a publicação da Portaria nº 59, de 18 de março de 2021? A partir desse questionamento, parte-se da hipótese de que a fragilidade das políticas públicas no município, associada à falta de implementação efetiva do princípio da universalidade no acesso aos serviços de saúde, compromete a eficácia do transporte sanitário. Entre os principais desafios estão a necessidade de ampliação da rede de serviços, melhoria da infraestrutura, qualificação profissional, planejamento adequado e gestão eficiente dos recursos.

Mesmo com a defesa da saúde pública de qualidade defendida na Carta Magna da Constituição de 1988, foi somente através da Lei Federal nº 8.080/1990 que permitiu que o SUS passasse por uma regulamentação oficial para sua implantação. Contudo, essa lei criada no início dos anos 90 aponta para uma atenção integral, porém não cita o transporte sanitário (TS) de pacientes como incluídos nestes “serviços de interesse” prestados pela população através do SUS.

Desta maneira, este trabalho se propõe ao desenvolvimento de uma análise constituída à luz da teoria sobre políticas públicas e suas relações com as teorizações senianas, o qual enfatiza de que o crescimento econômico não pode ser considerado como um fim em si mesmo e deve apontar, sobretudo, para a melhoria das condições de vida dos indivíduos e com o fortalecimento de suas liberdades. O desenvolvimento consiste na eliminação de privações e a liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercer ponderadamente sua condição de agente e também de outros determinantes como as disposições sociais e econômicas. Por exemplo, serviços de educação e saúde podem afetar a liberdade de participar de discussões e averiguações públicas.

O Transporte Sanitário Eletivo (TSE) é aquele destinado ao deslocamento programado de pacientes para procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada, no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência.

Desse modo, o transporte é visto como dispositivo ou mecanismo para a manutenção da saúde das pessoas, sejam eles os mais variados possíveis: aéreo, terrestre e fluvial. Dispõe de diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante (quando for o caso). É permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante nos casos em que houver indicação médica esclarecendo o porquê da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado e nos casos previstos em lei.

Barreto (2024) destaca que a discussão sobre transporte e acesso aos serviços de saúde, frequentemente restrita às pessoas com deficiência, deve ser ampliada para incluir indivíduos com restrições de mobilidade por diferentes fatores. Ela argumenta que o Transporte Sanitário Eletivo (TSE) deve ser compreendido como um mecanismo de dignidade humana dentro das políticas públicas, demandando investimentos do Estado para garantir acesso equitativo aos serviços de saúde. Nesse contexto, a autora mobiliza a contribuição de outros estudiosos para reforçar essa necessidade: Jesus e Assis (2007) afirmam que o conceito de acesso, como garantia de ingresso no sistema de saúde, está relacionado à consciência de cidadania, em uma perspectiva transformadora da realidade. Por sua vez, Travassos e Martins (2004) destacam o transporte não apenas como um importante mecanismo de acesso, mas também como uma ferramenta essencial para a manutenção e continuidade do tratamento de saúde. Assim, entende-se que o acesso aos serviços de saúde exige políticas integradas, incluindo o acesso ao transporte (Barreto, 2024, p. 10).

Na pesquisa, nos ancoramos na metodologia referenciada na perspectiva descritiva-exploratória de abordagem qualitativa com a técnica de entrevistas sobre a percepção dos usuários do serviço de transporte sanitário na cidade de Araguaína/TO. Para coleta do material de pesquisa, referenciou-se na técnica amostragem "bola de neve", até a obtenção da saturação dos relatos, por meio de observação participante e roteiros semiestruturados. Conforme Vinuto (2014), é um método adequado quando não há uma amostra probabilística inicial viável, permitindo localizar indivíduos-chave e expandir a rede de entrevistados de maneira progressiva.

Sobre a realização de entrevistas estruturada ou padronizada na pesquisa científica, é adotada quando se visa à obtenção de resultados uniformes entre os entrevistados, permitindo assim uma comparação imediata, em geral, mediante tratamentos estatísticos. Silva *et al* (2006) afirma que:

As características da pesquisa qualitativa são peculiares: há imersão do pesquisador nas circunstâncias e no contexto da pesquisa, o reconhecimento dos atores sociais como sujeitos que produzem conhecimentos e práticas; os resultados como fruto de um trabalho coletivo resultante da dinâmica entre pesquisador e pesquisado; a aceitação de todos os fenômenos como igualmente importantes e preciosos: a constância e a ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio, as revelações e os ocultamentos, a continuidade e a ruptura, o significado manifesto e o que permanece oculto. [...] A entrevista qualitativa fornece dados básicos para a compreensão das relações entre os atores sociais e o fenômeno, tendo como objetivo a compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos específicos (Silva *et al*, 2006, p. 247).

Por outro lado, no que se refere a amostragem "bola de neve", conforme Vinuto (2014), é um método adequado quando não há uma amostra probabilística inicial viável, permitindo localizar indivíduos-chave e expandir a rede de entrevistados de maneira progressiva., Vinuto (2014) acentua que:

A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Isso acontece porque uma amostra probabilística inicial é impossível ou impraticável, e assim as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador. Eventualmente o quadro de amostragem torna-se saturado, ou seja, não há novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao quadro de análise (Vinuto, 2014, p. 203).

Além da conceitualização da amostragem "bola de neve", essa técnica é utilizada sobretudo para fins exploratórios. De acordo com Vinuto (2014), essa característica permite com que se tenham três objetivos bastante definidos:

[...] Desejo de melhor compreensão sobre um tema, testar a viabilidade de realização de um estudo mais amplo, e desenvolver os métodos a serem empregados em todos os estudos ou fases subsequentes. É importante ressaltar que a amostragem em bola de neve não é um método autônomo, no qual a partir do momento em que as sementes indicam nomes, a rede de entrevistados aumenta por si mesma. Isso não ocorre pelos mais variados motivos, sendo um deles o fato de os entrevistados não serem procurados ao acaso, mas a partir de características específicas que devem ser verificadas a cada momento. Além disso, as pessoas indicadas não necessariamente aceitarão fazer parte da pesquisa, o que também pode prejudicar o aumento da rede de contatos para a pesquisa (Vinuto, 2014, p. 205).

Aliada a técnica de amostragem por meio da bola de neve para a coleta de dados na pesquisa empírica, foi utilizado o software webQDA para auxiliar na análise de conteúdo. Diante dessa nuance, e analisando as possibilidades metodológicas que melhor se enquadraria na proposta de pesquisa, Laurence Bardin (2011) corrobora afirmando que a análise de conteúdo pode ser designada como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011, p. 47).

Atento a isso, deve-se praticar uma observação minuciosa ao material e exercer uma leitura daquilo que se encontra no segundo plano ou nas entrelinhas do sentido do discurso (Bardin, 2011). Sobre isso, a autora afirma que:

[...] o grafólogo pode tirar suas conclusões sem se preocupar com o sentido do manuscrito que tem diante de si. O arqueólogo pode completar conhecimentos históricos através de uma ânfora, sem que seja obrigado a servir-se dela. Pelo contrário, a tentativa do analista é dupla: compreender o sentido da comunicação (como se fosse o receptor normal), mas também e principalmente desviar o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista através ou ao lado da mensagem primeira. A leitura efetuada pelo analista de conteúdo das comunicações não é, ou não é unicamente, uma leitura “à letra”, mas antes o realçar de um sentido que se encontra no segundo plano (Bardin, 2011, p. 41).

A análise de conteúdo consiste na elaboração de mecanismos para a interpretação de dado fenômeno ou problema social a ser desvendado cientificamente, por meio de uma leitura de recepção, da linguagem, dos comportamentos e das práticas como um todo. Cabe dizer que a pesquisa, bem como seu instrumento de coleta de dados foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC), cujo resultado da aprovação foi emitido no dia 31/10/2023 sob o número 6.479.432/2023 e CAAE: 74234323.8.0000.0014.

Esse dinamismo da pesquisa interdisciplinar traz as possibilidades de (des)construção de mais objetos e saberes sobre o território brasileiro, e em específico, ao território tocantinense. A constituição desses saberes se efetiva com base nas representações, memórias, práticas culturais, costumes, modos de vidas, e, com elas, toda uma gama de atribuições de sentidos e significados que são refletidos nos imaginários sociais dos sujeitos sociais na vida comum.

A interdisciplinaridade, no caso desta pesquisa, está amalgamada também com os princípios dos estudos em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais, pois de acordo com a compreensão de Johnson (1999), existem três fundamentos do marxismo que são importantes para a articulação da natureza investigativa:

A primeira é que os processos culturais estão intimamente vinculados com as relações sociais, especialmente com as relações e as formações de classe, com as divisões sexuais, com a estruturação racial das relações sociais e com as opressões de idade. A segunda é que cultura envolve poder, contribuindo para produzir assimetrias nas capacidades dos indivíduos e dos grupos sociais para definir e satisfazer suas necessidades. E a terceira, que se deduz das outras duas, é que a cultura não é um campo autônomo nem externamente determinado, mas um local de diferenças e de lutas sociais (Johnson, 1999, p. 13).

Foi realizado ainda um levantamento de dados secundários com os mapeamentos municipais e revisão bibliográfica a partir dos autores que trazem discussão sobre as políticas públicas que são direcionadas aos usuários do SUS. Dessa forma, a dissertação está estruturada em seis partes, cujas discussões são apresentadas a seguir.

A primeira parte consiste na introdução, que apresenta a proposta do estudo e sua estrutura. A segunda parte, intitulada Araguaína: Contexto Histórico e Papel Regional no Tocantins, discute a cidade de Araguaína como uma cidade média, considerando a rede de serviços de saúde organizada na região. Nesse contexto, Araguaína se estabelece como referência para a macrorregião centro-norte do Tocantins, abrangendo as regiões de saúde Médio Norte Araguaia, Cerrado Tocantins Araguaia e Bico do Papagaio.

Dessa forma, também não é demais ressaltar que Araguaína tem uma posição privilegiada posicionando-se em entroncamento rodoviário que contribui para atratividade da circulação do comércio e por ser uma cidade que traz dinamicidade de condição na produção capital/trabalho e ao mesmo tempo em que é eixo de apoio e interligação para cidades menores para o giro do consumo e capital, pois a centralidade do município colabora para expansão da fronteira capitalista intra e interestadual.

Em seguida, a terceira parte cujo título é *sistema único de saúde e transporte sanitário no Tocantins* será abordada como se deu a construção do Sistema Único de Saúde, tendo em vista que o transporte sanitário foi instituído pelo ministério da saúde como política pública de apoio aos pacientes com Doença Renal Crônica (DRC). O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Dessa forma não é demais lembrar que a atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando à prevenção e a promoção da saúde.

A quarta parte, aborda as perspectivas das políticas públicas *e teoria do desenvolvimento como liberdade*. De acordo com sua teoria, o conceito de liberdade, especialmente como liberdade substantiva, é fundamental para compreender a Teoria do Desenvolvimento como Liberdade, desenvolvida por Sen (2010). Escolhemos esse autor como base teórica devido à nossa forte identificação racional e científica, bem como pela semelhança entre o ambiente em que ele desenvolveu suas pesquisas e a realidade brasileira: ambos marcados pela pobreza, pelas desigualdades e pela conseqüente privação de liberdades para as categorias sociais que apresentem vulnerabilidades.

A quinta parte, envolve a metodologia referenciada na perspectiva descritiva-exploratória de abordagem qualitativa com a técnica de entrevista pela observação participante, por meio da utilização de roteiro semiestruturado, o método bola de neve, saturação, com entrevistas realizadas a partir da perspectiva da amostragem da técnica da bola de neve bem como suas respectivas problematizações por meio do método da análise de conteúdo e utilização do software webQDA.

A sexta parte, apresentaremos as percepções acerca das entrevistas, bem como as interpretações das entrevistas com o método da análise de conteúdo e o resultado da interpretação das entrevistas com os usuários do serviço de transporte sanitário no município de Araguaína/TO.

Ao final, na sétima parte, abrangeremos um breve esboço de proposição para possíveis constituições de diretrizes capazes de referenciar políticas públicas para melhoria dos serviços públicos ofertado aos pacientes com DRC, que utiliza o transporte sanitário para realizar o trajeto da sua residência até as clínicas que oferecem o tratamento de hemodiálise na cidade de Araguaína/TO, tendo sempre como foco a contribuição para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

No que se refere ao problema de pesquisa, nos ancoramos na seguinte questão: Qual é a situação do transporte sanitário de pacientes no município de Araguaína, destinado aos pacientes que fazem terapia renal substitutiva?

1.2 HIPÓTESE

Considerando a morosidade no acesso aos serviços de saúde compromete a efetivação das políticas públicas, esta pesquisa propõe a seguinte hipótese: “A fragilidade das políticas públicas na área da saúde, implantadas em uma cidade da região norte do Estado do Tocantins, decorre da insuficiência na implementação do princípio da universalidade no acesso aos serviços. Essa fragilidade está associada à necessidade de ampliação e fortalecimento da rede de atendimento, melhoria da infraestrutura, qualificação profissional, planejamento estratégico e gestão eficiente dos recursos, tornando essas políticas incapazes de atender de forma eficaz as demandas da população.”

1.3 JUSTIFICATIVA

A cidade de Araguaína cresce de forma acelerada, sendo impulsionada tanto pelo crescimento econômico, como os investimentos em infraestrutura. Diante desse crescimento, o aumento da população residente é notável, requerendo do poder público maiores investimentos em políticas públicas, efetiva e que possam atender as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Não é demais ressaltar que as doenças crônicas têm afetado um número crescente de indivíduos, incluindo uma população cada vez mais jovem. A prevalência global da Doença Renal Crônica (DRC) é estimada em 14% da população geral, aumentando para 36% em grupos de risco. No Brasil, a prevalência estimada pelo critério laboratorial em adultos é de 6,7%, triplicando em idosos (GOV.BR, 2024). Além disso, houve um aumento de 66,66% no número de brasileiros em tratamento de hemodiálise entre 2005 e 2015, com 84,4% desses tratamentos sendo custeados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SCIELO, 2021), e com esse aumento, também cresce a demanda por transporte sanitário, aumentando a demanda de pessoas que vão usufruir da política Pública.

O transporte sanitário foi implantado em Araguaína em 2018 com o intuito de assegurar a locomoção de pacientes renais crônicos até a clínica de hemodiálise. Esta pesquisa busca analisar a efetividade desse serviço sob a perspectiva da gestão pública, dos pacientes que o utilizam e daqueles que aguardam atendimento, visando compreender as condições de acesso e funcionamento do serviço desde sua implementação.

1.3.1 JUSTIFICATIVA PRÁTICA E TEÓRICA

É essencial ressaltar que o presente estudo faz parte da área de foco do Programa de Pós-Graduação em Demandas Populares e Regionais (PPGDire), mais especificamente na linha de pesquisa de Vulnerabilidade e Dinâmicas Regionais. Nessa linha, buscam-se realizar pesquisas que visem esclarecer as necessidades, particularidades e potenciais das populações vulneráveis em áreas urbanas e rurais, abordando aspectos como localização geográfica, contexto histórico, perspectivas sociais, artísticas e educacionais, tanto de maneira formal quanto informal.

Partindo do pressuposto de compartilhar experiências comuns entre a população, o estudo abre espaço para uma variedade de trabalhos que possam embasar políticas públicas e contribuir para a redução da vulnerabilidade e do sofrimento humano, além de promover intervenções que promovam a criação de novas narrativas e identidades histórico-sociais, permitindo a visualização de novas formas de convivência social.

Dessa forma, compreende-se que as pesquisas interdisciplinares sobre a vulnerabilidade social e a compreensão dessas questões em contextos regionais possibilitam a identificação e execução de ações para superar a exclusão e estabelecer mecanismos que promovam o desenvolvimento local. Dessa forma, compreendem-se que, o desenvolvimento urbano da cidade resulta de dinâmicas como os autores ressaltam a seguir, “o desenvolvimento local é o resultado da mediação dos interesses entre os atores sociais, políticos e econômicos e de suas ações locais” (Bazolli; Pereira; Oliveira, 2017, p. 219).

Nesse contexto, a presente pesquisa é de grande importância para o campo de estudo do CNPQ - enquadrado na área de Métodos e Técnicas de Planejamento Urbano e Regional. Isso se deve ao fato de que as ciências sociais se dedicam ao estudo das sociedades e das interações entre os indivíduos dentro delas. É essencial observar o planejamento do crescimento urbano de maneira a assegurar que todos os cidadãos tenham acesso seguro, justo e digno aos serviços e espaços urbanos. Esses devem refletir um acesso igualitário ao direito à cidade, incluindo infraestrutura, serviços públicos, saúde, educação, lazer, qualidade ambiental, entre outros aspectos.

1.3.2 JUSTIFICATIVA DO RECORTE GEOGRÁFICO

A partir dos debates realizados nas aulas das disciplinas de Pensamento Social Brasileiro e Planejamento Urbano e Regional do PPGDire, da UFNT, iniciamos as discussões sobre a efetividade dos serviços públicos ofertados na cidade de Araguaína, sendo mais específico o transporte sanitário, que surgiu para resolução de decisões judiciais, contra o município de Araguaína, onde determinada que os pacientes tivessem a garantia do transporte sanitário da sua residência até a clínica onde o paciente realizava o procedimento de hemodiálise. Devido ao aumento da judicialização, a secretária municipal de saúde entendeu que seria necessário a normatização do serviço que já estava sendo ofertado, porém sem critérios de inclusão para o serviço.

Sendo possível afirmar que por meio dessa iniciativa manifestou-se o interesse pela idealização do presente trabalho. É necessário pontuar que, o serviço funcionou durante anos, apenas para os pacientes que tinham ordem judicial, os demais, mesmo que precisassem, não eram atendidos devido à falta de estrutura para atender todos os pacientes que necessitavam, priorizando assim os casos judiciais. Esse cenário reforça a relevância do estudo para compreender os desafios da inclusão no serviço e propor soluções para ampliar seu alcance.

Ao mesmo tempo, este trabalho é relevante ao programa, pois, os pacientes que usam o serviço de transporte sanitário participam ativamente da produção do espaço urbano, e

contribuem na melhora de políticas públicas sociais, tendo em vista que grande parte dos usuários vivem em situação de vulnerabilidade. Este trabalho oferta informações capazes de implementar ações que permitam o acesso a serviços de qualidade de forma igualitária, e seguindo o que está descrito no Art. 196 da Constituição de 1988, que 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).

Para maior dimensão da pesquisa, utilizou-se a técnica de bibliométrica “bibliografia estatística”, que é segundo Araújo (2006, p. 12) “uma técnica quantitativa e estatística que tem como finalidade medir os índices de produção e disseminação do conhecimento científico”, sendo exclusivamente para identificar trabalhos correlatos ao tema desenvolvido. Nesse sentido, foi realizado pesquisas, o qual buscou as seguintes expressões: “Transporte Sanitário em Araguaína”, “Políticas Públicas de transporte sanitário”, “Transporte Sanitário para Paciente Renal Crônico”, sendo utilizado o banco de dissertações e teses da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Google Acadêmico.

Quadro 1: Bibliometria- temas afins ao transporte sanitário em Araguaína- TO

Expressão	Google acadêmico	Banco de Dissertações e Teses CAPES
<i>Transporte Sanitário em Araguaína</i>	Sua pesquisa - “ Transporte para Paciente Renal Crônico ” - Não encontrou nenhum artigo correspondente.	Nenhum registro encontrado, para o termo buscado.
<i>Políticas Públicas de transporte sanitário</i>	Sua pesquisa - “ Políticas Públicas de transporte sanitário ” - não encontrou nenhum artigo correspondente.	Nenhum registro encontrado, para o termo buscado.
<i>Transporte Sanitário para Paciente Renal Crônico</i>	Sua pesquisa - “ Transporte Sanitário para Paciente Renal Crônico ” - não encontrou nenhum artigo correspondente.	Nenhum registro encontrado, para o termo buscado.

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Portanto, não foi identificado até o presente momento, tema idêntico ao objetivo selecionado para estudo da dissertação, a saber: *Avaliação sobre a política pública de acesso ao transporte sanitário de Araguaína – TO*, tendo por base a leitura dos usuários do serviço, por não estarem sendo acobertado totalmente por outros periódicos científicos, o que corrobora com a importância da produção da pesquisa científica sobre o tema apresentado.

1.4 OBJETIVOS

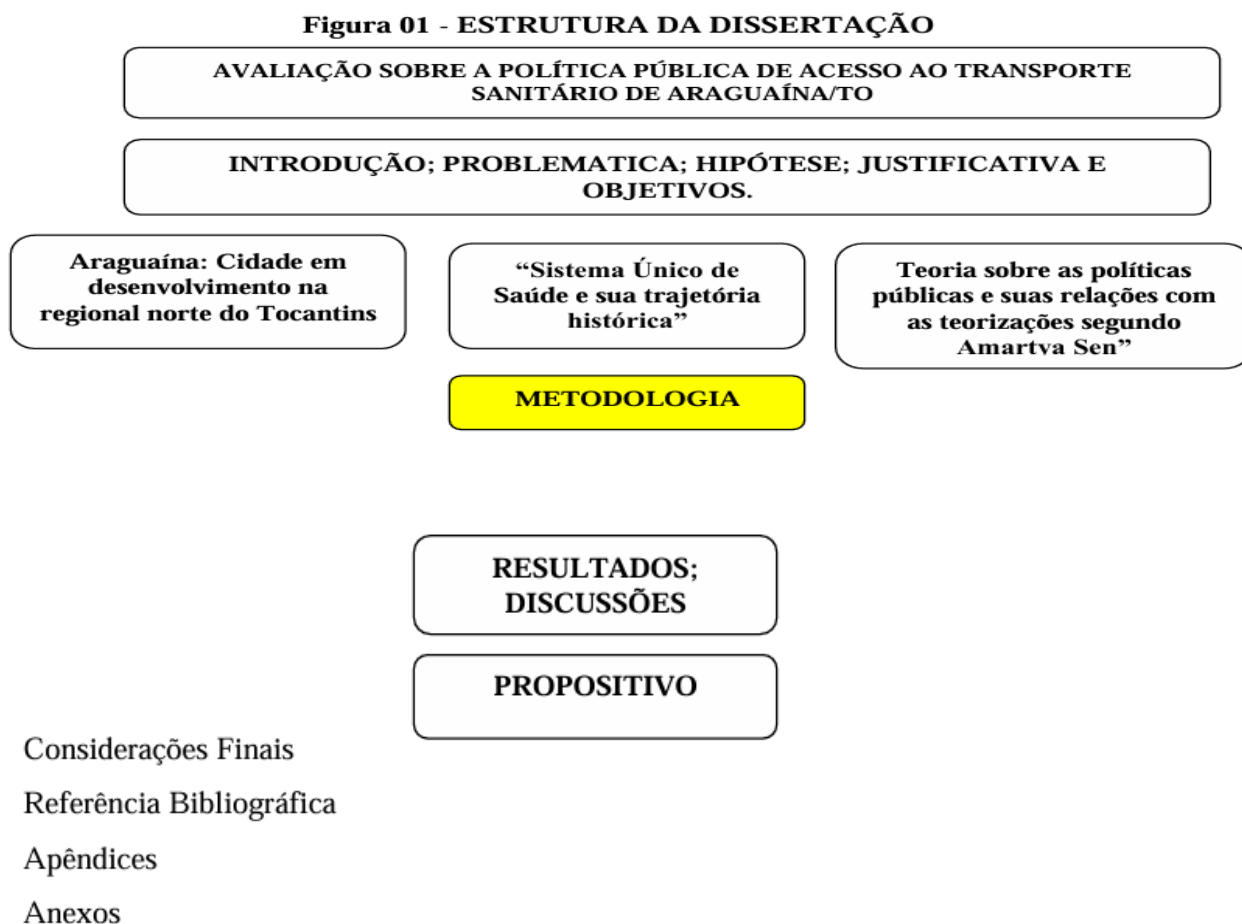
1.4.1 Objetivo geral

- O objetivo geral da presente pesquisa constitui-se em analisar a implementação da política pública de acesso ao transporte sanitário no município de Araguaína - TO, avaliando suas implicações no funcionamento do sistema de saúde municipal e seus impactos na população usuária do serviço.

1.4.2 Objetivos específicos

- Analisar as demandas encaminhadas ao Núcleo de Apoio Técnico (NatJus) em Araguaína e Superintendência de Atenção Básica, nos últimos 10 anos (2012 a 2022), a fim de identificar o perfil dos usuários que solicitam o serviço de transporte sanitário, bem como sua espacialização nos últimos 10 anos.
- Identificar os efeitos decorrentes da implantação da política pública de transporte sanitário com publicação da Portaria Nº 59 /2021.
- Identificar os diferentes elementos que compõem a cadeia do transporte eletivo, analisando as peculiaridades dessa política pública e seus reflexos na vida dos usuários que dependem desse serviço.

1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO



Considerações Finais

Referência Bibliográfica

Apêndices

Anexos

Fonte: CRUZ, 2022. Adaptado pelo autor

2 ARAGUAÍNA: CONTEXTO HISTÓRICO E PAPEL REGIONAL NO TOCANTINS

2.1 Contexto histórico

O povoamento da cidade de Araguaína iniciou-se em 1876 com a migração dos primeiros habitantes para as margens do Rio Lontra, vindos do interior do Piauí. Conforme Silva (2012), as famílias piauienses direcionaram seus esforços às atividades agropastoris como forma de garantir a subsistência. Ainda que tenham sido realizadas tentativas de cultivo de café para fins comerciais, essas iniciativas não obtiveram êxito devido às dificuldades relacionadas ao escoamento da produção. Historicamente, a região foi ocupada previamente pelos povos indígenas da etnia Karajá (Araguaína, 2004).

No início de sua colonização o povoado era conhecido como “Livra-nos Deus”, devido aos constantes temores de conflitos desencadeados entre indígenas e não indígenas em defesa do território. Por volta de 1925-1926, com novas famílias adentrando ao povoado, contribuindo dessa forma para um aumento demográfico, o pequeno povoado tem seu nome remodelado para Lontra, na qual pertencia ao município de São Vicente do Araguaia, atual

cidade de Araguaatins, esse nome foi colocado em referência ao rio lontra que se mostrou de grande utilidade para o desenvolvimento da região. (Prefeitura Municipal, 2024).

A mudança de nome para Povoado Araguaína – em homenagem ao Rio Araguaia – aconteceu em 1948, com a criação do município de Filadélfia. A localidade passou a integrar a nova cidade. Em 1953 o povoado de Araguaína passou a ser distrito. Mas o desenvolvimento da localidade culminou no processo de criação do município de Araguaína, que se concluiu em 1958. O desenvolvimento do município começou efetivamente a partir de 1960, com a construção da rodovia Belém-Brasília, conhecida como BR-153. Com a criação do estado do Tocantins, em 1989, Araguaína tornou-se a maior cidade do estado, mas perdeu o posto de maior cidade para Palmas, capital que foi planejada e instalada em 1990. (Prefeitura Municipal, 2024).

2.2 Desenvolvimento Econômico e Urbano

A construção da rodovia Belém-Brasília (BR-153) provocou uma reconfiguração no eixo de circulação regional, anteriormente dominado pelos rios Araguaia e Tocantins. O transporte rodoviário, mais rápido e viável economicamente, gerou transformações significativas na dinâmica espacial da região. Cidades no entorno perderam centralidade e se tornaram isoladas, enquanto Araguaína, antes um pequeno povoado, emergiu como um importante centro econômico no Norte do Tocantins (MORAIS, 2014). Nos anos 1980, segundo Silva (2012), a cidade ampliou sua influência sobre as cidades vizinhas, principalmente nas áreas comerciais e de serviços, e sua população dobrou, superando os 70.000 habitantes.

Além disso, a construção da rodovia foi acompanhada por políticas estatais, como incentivos fiscais, financeiros e projetos de colonização, que estimularam a chegada de empresários e fazendeiros, especialmente de Minas Gerais e do Sul de Goiás. Com o apoio do Estado, estabeleceram grandes propriedades voltadas à pecuária de corte (Becker, 1982). Hoje, Araguaína possui o maior rebanho bovino do estado, consolidando a pecuária como uma de suas principais atividades econômicas.

O município, com área territorial de 3.920,1 km² e altitude média de 277 metros, faz divisa ao Norte com Santa Fé do Araguaia, Muricilândia, Carmolândia, Piraquê e Aragominas; ao Sul com Pau D'arco, Arapoema e Nova Olinda; a Leste com Wanderlândia e Babaçulândia; e a Oeste com o estado do Pará, sendo o rio Araguaia seu limite natural (IBGE, 2024).

Araguaína foi oficialmente reconhecida como a "Capital Econômica do Tocantins" pela Lei nº 4.200, sancionada em 18 de julho de 2023 (ASSEMBLEIA DO ESTADO DO TOCANTINS, 2023). A cidade, com uma população de 171.301 habitantes e uma densidade demográfica de 42,78 habitantes por quilômetro quadrado, ocupa a 2ª posição entre os municípios do Tocantins em termos populacionais e a 1.721ª no Brasil. Por décadas, foi conhecida como a "capital do boi gordo" devido à predominância da pecuária em sua economia. Está localiza-se ao norte do estado do Tocantins, e integra a Amazônia Legal.

Quadro 2: Dados populacionais de Araguaína/TO (IBGE, 2022)

<i>População no último Censo [2022]</i>	171.301 pessoas
<i>População do Censo [2010]</i>	150.484 pessoas
<i>Densidade demográfica [2022]</i>	42,78 hab./km ²

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE – População no último censo: Atualizado em 22/12/2023, Densidade demográfica: Atualizado em 22/12/2023.

2.3 Papel Regional e Dinâmica Urbana

Ao longo do tempo, Araguaína se transformou em um polo regional diante de sua posição econômica da qual oferece os serviços que vão desde o sistema de saúde que conta com o Hospital Regional de alta complexidade, Hospital e Maternidade Dom Orione, e muitas clínicas privadas, até na área da educação, que ganha destaque por ser sede da Universidade Federal do Norte do Tocantins (UFNT), Faculdade Católica Dom Orione, Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC), e demais polos de ensino privado de nível médio, técnico e superior, e faculdades à distância, sendo referência direta e indireta para os municípios que fazem divisa com a cidade.

Os entroncamentos rodoviários em Araguaína favorecem áreas de influência na expansão do capital no espaço interurbano, com conexão com metrópoles intra e extrarregionais para a circulação de serviços e mercadorias nacionais e internacionais de commodities. Os eixos rodoviários apadrinham a compreensão da característica de uma cidade competitiva marcada pelo *marketing* urbano propagado em uma cidade de mercado e serviço, “[...] discursivas oficiais da gestão municipal de Araguaína, tais como: site oficial da prefeitura, canal Investe Araguaína no *Youtube*, textos imagéticos alusivos a esse canal e texto imagético com o slogan das três últimas gestões municipais (de 2013 até 2024)” (Leite *et al.*, 2022, p. 1034).

Deste modo, Araguaína caracteriza-se pela centralização espacial, pela influência regional imediata e como fluxos de rede urbana econômicos–sociais que agregam tanto as

cidades menores dentro do Estado e aos Estados vizinhos e cidades como Marabá-PA e Imperatriz-MA, sendo todas protagonistas da dinâmica regional que integram as cidades amazônicas. “A expansão da malha viária atende à expansão da fronteira do capital.” (Gomes Júnior; Nascimento, 2014, p. 10). Logo, a logística regional de Araguaína se apresenta como um importante eixo de interligação da região com outros centros econômicos no Brasil e no mundo:

Araguaína é referência para a expansão da fronteira agrícola na Amazônia Legal. Júnior & Nascimento (2014, p. 1), ao analisarem a centralidade de Araguaína na borda regional amazônica, afirmam que “se constitui como um importante centro regional na região de fronteira de expansão, onde as cidades médias têm um papel cada vez mais importante de articulação econômica” (Leite; Pacífico Filho; Pires, 2021, p. 132).

Com isso, foi construída uma visão de cidade competitiva e de conexão de capitais, ao mesmo tempo em que se reafirma a atratividade de investimentos para a cidade de Araguaína/TO: “Araguaína é o lugar onde o Estado do Tocantins acontece economicamente” (Leite et al., 2022, p.1039). Observa-se, portanto, a afirmação de Araguaína como cidade média competitiva que exerce influência na produção de bens e serviços, atuando no circuito de comércio na produção de commodities e agropecuário, no mercado interno e externo.

O favorecimento da logística rodoviária enquanto possibilidade de acesso e saída para outras regiões do Brasil, contribui para a centralidade urbana e regional da cidade: Araguaína, a cidade média em estudo, atua como distribuidora de bens e serviços de apoio à agropecuária, comandando e captando a matéria prima produzida no campo, atuando como mediadora de acumulação da pecuária capitalista, o que contribui para caracterizar a cidade média. Ostenta condição de centro de comando da dinâmica urbano-regional, para fomentar o papel de fornecedora de produção primária ao mercado mundial (Antero, 2017, p. 212).

A centralidade do município de Araguaína observada pelo seu desenvolvimento, crescimento urbano e sua área de influência na dimensão comercial e dos serviços fornecidos ao seu entorno, permitem Araguaína caracterizar-se como centro regional, por ser um polo locacional às margens da rodovia Belém-Brasília, “a expansão da malha viária atende à expansão da fronteira do capital” (Gomes Júnior; Nascimento, 2014, p.10), que coopera no contexto do desenvolvimento e hierarquia urbana de aflúncias das atividades produtivas interligando as cidades dentro do Estado e ao contexto interestadual, como é o caso das regiões que compõem o MATOPIBA, grande fronteira agrícola nacional, que compreende os estados do Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia. “[...] A centralização espacial está ligada aos comandos exercidos pelas empresas ante a sua localização espacial (matrizes)” (Sodré; Ramires, 2017, p. 171).

Com isso, a centralização regional de Araguaína acentua significativamente com a expansão da fronteira da atividade econômica do estado do Tocantins e o processo de integração nacional com fluxos econômicos e de pessoas, operando como um apoio logístico para as demais cidades. “Araguaína se destaca regionalmente em vários aspectos: agroindústria, serviços médico-hospitalares, comércio e serviços voltados ao setor agrícola, comércio atacadista, pesquisa científica voltada à pecuária dentre outras funções” (Gomes Júnior; Nascimento, 2014, p. 09). A circulação do capitalismo nos centros urbanos regionais interage e se beneficia da malha viária no suporte ao desenvolvimento de referenciais logísticos de processo de integração às novas redes de circulação que se estabelecem na região.

Além de sua relevância como centro de serviços e dinamismo econômico, Araguaína também tem se destacado na implementação de política pública relacionada ao transporte sanitário de indivíduos usuários do sistema de saúde sendo esses do município ou não, como exemplificado pela Portaria Municipal nº 059/2021 que fixa as diretrizes da Política de Transporte Interno na Administração Direta e Indireta no Município.

Em razão do que foi exposto até aqui, afirma-se que a cidade média de Araguaína/TO possui fluxos significativos de atratividade, abrangendo comércio, serviços e logística territorial à margem das rodovias, o que consolida sua conexão com redes urbanas regionais e interestaduais. Além disso, políticas públicas como o transporte sanitário reforçam essa centralidade, ao promover a integração de indivíduos provenientes de áreas periféricas e rurais aos serviços de saúde localizados no núcleo urbano, contribuindo para a redução de barreiras geográficas e econômicas e fortalecendo a função estratégica de Araguaína como polo de desenvolvimento regional.



Imagem 2: Vista do Centro de Araguaína com Ênfase na Área Comercial.

Fonte: Rede Jovem News (2024).

3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E TRANSPORTE SANITÁRIO NO TOCANTINS

3.1 Histórico do SUS no Brasil

Assim como somos produto do passado e da história, o setor da saúde também é influenciado por todo o contexto político e social que o Brasil viveu ao longo de sua história, assim devemos entender que o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro acompanhou a evolução da política e da economia brasileira, passando por diferentes regimes e pela promulgação de leis e normas que afetaram diretamente a saúde pública, até a criação do atual SUS (Sistema Único de Saúde). (BRASIL, 2024)

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais desde a Constituição de 1988, com seus princípios apontando para a democratização das ações e serviços de saúde, deixando de ser restritos e passando a ser universal, descentralizado, buscando promover a equidade, a universalidade e a integridade.

O Sistema Único de Saúde conseguiu construir e consolidar um sistema público de saúde de monumental importância, que produziu resultados inquestionáveis para o povo brasileiro. A julgar pelos resultados alcançados, seu progresso é inegável, porém, ainda existem problemas para consolidá-lo em um sistema público universal capaz de prestar serviços de qualidade a toda à população brasileira (Conass, 2006). Assim podemos

considerar que o SUS é uma conquista e um legado do povo brasileiro. Os brasileiros precisam compreender suas lutas e sua história para compreender melhor as atuais políticas de saúde pública.

No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro, então capital do Brasil, apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população como a varíola, a malária, a febre amarela e a peste, Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro (Polignano, 2001).

Oswaldo Cruz procurou organizar a diretoria geral de saúde pública, criando uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz (polignano, 2001).

Oswaldo Cruz adotou o modelo das 'campanhas sanitárias', destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. Havia, nesta época, uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista. Uma estrutura ligada a um corpo médico geral proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha (LUZ, 1991).

A crescente intervenção médica nos espaços urbanos foi recebida com desconfiança e medo pela população. A natureza autoritária das campanhas sanitárias gerou oposição de parte da população, políticos e líderes militares. Tal oposição levou à Revolta da Vacina, em 1904, episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola (Polignano, 2001).

Em 1920, Carlos Chagas, então sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, Chagas criou órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas (Polignano, 2001).

No início do século XX o desenvolvimento de políticas sociais se constituiu em uma estratégia de incorporação de segmentos de classe média e dos trabalhadores urbanos ao projeto político de industrialização e modernização do país (Carvalho; Barbosa, 2010)

A história da Previdência Social inicia em 24 de janeiro de 1923 quando foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's). Além das aposentadorias e pensões, esses fundos proviam

os serviços funerários, médicos e também alguns medicamentos obtidos por preço especial para os contribuintes (Polignano, 2001).

Na década de 1930 surgiram os primeiros Institutos de Aposentadorias e Pensões, que contando com financiamento parcial do Poder Executivo, constituíram as principais organizações de política social no país. Estes institutos foram criados por Getúlio Vargas e favoreciam as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridos em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante (Luz, 1991).

Nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa. E só podiam fazer parte deles os membros da comunidade, localizados nas ocupações definidas em lei que contribuíssem para a Previdência Social (Carvalho; Barbosa, 2010).

Na Era Vargas as ações de saúde coletiva chegaram ao auge do sanitarismo campanhista. No período 1938 a 1945 o Departamento Nacional de Saúde é reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o País. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, com atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais (Cunha; Cunha, 1998). A promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960 padronizou o cardápio de serviços de saúde a que todos os segurados teriam direito, independentemente do instituto a que estivessem filiados (Carvalho; Barbosa, 2010).

A LOPS também buscou unificar o regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Entretanto eram excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência. Foi só com a promulgação da Lei 4.214/1963 que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) que os trabalhadores rurais foram incorporados ao sistema (Polignano, 2001).

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social, pelo governo militar, unificando todas as instituições previdenciárias setoriais. A criação do INPS significou para a saúde previdenciária a consolidação da tendência à contratação de produtores privados de serviços de saúde, como estratégia dominante para a expansão da oferta de serviços (Carvalho; Barbosa, 2010).

Com a criação do INPS foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos (pró-labore), o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares (POLIGNANO, 2001).

Segundo Carvalho e Barbosa (2010) as consequências dessa política logo apareceram, corroendo a capacidade gestora do sistema e reforçando a sua irracionalidade:

[...] de um lado, a baixa capacidade de controle sobre os prestadores de serviço contratados ou conveniados, já que cada paciente era considerado como um “cheque em branco”, tendo a Previdência Social de pagar as faturas enviadas após a prestação dos serviços; e de outro, era quase impossível um planejamento racional, já que os credenciamentos não obedeciam a critérios técnicos, e sim a exigências políticas (Carvalho; Barbosa, 2010, p. 18).

O Plano de Pronta Ação formulado em 1974 foi umas das tentativas de disciplinar a oferta de serviços de saúde. Seu objetivo era universalizar o atendimento médico, principalmente o atendimento de emergência. A Previdência Social comprometia-se a pagar esse atendimento tanto à rede pública quanto à rede privada, independentemente do vínculo previdenciário do paciente (Carvalho; Barbosa, 2010).

A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977, representou um projeto modernizante, racionalizador, de reformatação institucional de políticas públicas. O INAMPS pretendia articular as ações de saúde entre si e elas com o conjunto de políticas de proteção social (Carvalho; Barbosa, 2010).

Entretanto, essa tentativa revelou-se frustrada. De acordo com Polignano (2001, p. 17), o modelo de saúde previdenciário enfrentou uma crise devido a vários fatores: priorização da medicina curativa, tornando o modelo incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como endemias, epidemias e indicadores de saúde (por exemplo, a mortalidade infantil); aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de crescente complexidade; redução do crescimento econômico, que impactou negativamente a arrecadação do sistema previdenciário e reduziu suas receitas; incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, ficavam excluídos do sistema; desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para a realização de obras pelo governo federal; e o não repasse pela União de recursos do tesouro nacional ao sistema previdenciário, que deveria ser financiado de forma tripartite (empregador, empregado e União).

O INAMPS entra na década de 1980 vivendo o agravamento da crise financeira no País e tendo que equacioná-la, não simplesmente como gestor da assistência médica aos segurados, mas também como responsável pela assistência médica individual ao conjunto da população (Carvalho; Barbosa, 2010).

Na tentativa de conter os custos e combater as fraudes o governo criou em 1981 o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS. O plano inicial propôs à reversão gradual do modelo médico- assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados as populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial (Polignano, 2001).

Os dois programas mais importantes da CONASP foram o de implantação do Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) que era voltado a disciplinar o financiamento e o controle da rede assistencial privada contratada e programa de implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) com a finalidade de revitalizar e racionalizar a oferta do setor público, estabelecendo mecanismos de regionalização e hierarquização da rede pública das esferas governamentais, até então completamente desarticuladas (Carvalho; Barbosa, 2010).

Enquanto o SAMHPS permitia melhorar os controles institucionais sobre os gastos hospitalares, viabilizando maior racionalidade para planejar, as AIS constituíam o principal caminho de mudança estratégica do sistema. A partir das AIS o sistema caminhou progressivamente para a universalização de clientela, para a integração/unificação operacional das diversas instâncias do sistema público e para a descentralização dos serviços e ações em direção aos municípios (Carvalho; Barbosa, 2010, p.24).

A Programação e Orçamentação Integradas (POI) muito contribuiu para a mudança da cultura técnica institucional, pois foi através dela que os Estados e Municípios foram vistos como cogestores do sistema de saúde, e não simplesmente como vendedores de serviços ao sistema federal (Carvalho; Barbosa, 2010).

A VIII Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, teve grande representatividade e disseminou politicamente um projeto democrático de reforma sanitária voltado a universalização do acesso, à equidade no atendimento, à integralidade da atenção, à unificação institucional do sistema, à descentralização, à regionalização, à hierarquização da rede de serviços e à participação da comunidade (Carvalho; Barbosa, 2010).

Em julho de 1987 foi criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Conforme Mendes (1993, p.44) as principais mudanças apresentadas pelo SUDS foram:

[...] houve uma desconcentração para os Estados, e destes para os Municípios; a restrição dos poderes do INAMPS (instituição sustentadora do modelo médico-assistencial privatista), com a sua retirada gradual da prestação direta dos serviços de

saúde; o incremento dos recursos repassados aos Municípios; a diminuição relativa das transferências ao setor privado; priorização dos serviços por Estados pelas entidades filantrópicas e maiores investimentos na alta tecnologia.

A nova Constituição Federal de 1988 determina no artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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”.

A formatação final e regulamentação do SUS ocorreram mais tarde, em 1990, com a aprovação da Lei 8.080 e da Lei 8142 (Carvalho; Barbosa, 2010).

3.2 Reforma Sanitária e Consolidação do SUS

A implementação do SUS começou em 1990, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, que seguiu uma agenda neoliberal e não se comprometeu com a reforma sanitária. Ainda assim, em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS. O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992, após o impeachment do presidente Collor (Paim *et al*, 2011).

A Lei 8.080/90 definiu os papéis institucionais de cada esfera governamental no plano da gestão da saúde, a estrutura de financiamento e as regras de transferência de recursos entre os diferentes níveis de governo, por meio dos Fundos de Saúde (Carvalho; Barbosa, 2010).

Entretanto, Collor não hesitava em vetar, quando da aprovação do SUS, os artigos referentes à participação da comunidade, entre outros temas de interesse da Reforma Sanitária. Esse veto à lei da saúde levou o movimento sanitário a pressionar o poder legislativo para uma tomada de posição, no que seria logo depois traduzido na nova Lei 8.142 (Brasil, 2006).

A Lei 8.142/90 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, instituindo assim os Conselhos de Saúde e conferiu status público aos organismos de representação de governos estaduais e municipais (Carvalho; Barbosa, 2010).

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar (Polignano, 2001).

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida; INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades (Polignano, 2001, p. 23).

Um dos principais avanços da implementação do SUS, ao longo da década de 1990, se relaciona ao acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais (Souza, 2001).

As Normas Operacionais do SUS representaram um importante instrumento de regulamentação desse processo de descentralização, à medida que estabelecem, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios (Souza, 2001).

Ao longo da década de 1990, foram editadas quatro dessas normas – as NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96, sendo que as duas últimas foram resultantes de processos de negociação progressivamente mais intensos entre os atores setoriais, particularmente no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde (Souza, 2001).

A NOB-SUS 91, publicada em janeiro de 1991 foi criada com a finalidade de disciplinar e padronizar os fluxos financeiros entre as esferas de governo e de combater a propalada ineficiência das redes públicas federal, estadual e municipal, acusadas de ociosas e caras (Carvalho; Barbosa, 2010).

A NOB-SUS 93, editada em maio de 1993, procurava restaurar o compromisso com a implementação do SUS, tal como originalmente tinha sido desenhado. Estabeleceu uma municipalização progressiva e gradual, em estágios, de forma a contemplar os diversos graus de preparação institucional e técnica dos municípios para assumir a gestão da Saúde (Carvalho; Barbosa, 2010).

A NOB-SUS 96, publicada em novembro de 1996, apareceu na base do consenso sobre a necessidade de consolidar o modelo da gestão descentralizada e pactuada, de avançar na autonomia municipal, reforçando as instâncias colegiadas (tripartites e bipartites), e de induzir, em escala nacional, mudanças na lógica do modelo assistencial e na organização da oferta de serviços (Carvalho; Barbosa, 2010).

Vendo-se a deficiência dessas normas, que não apresentavam na maioria das vezes aplicabilidade na prática, implementou-se os Pactos pela Saúde.

O Pacto pela Saúde foi estabelecido para responder aos desafios atuais da gestão organização do sistema, para dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira, e tornar a saúde uma política de Estado mais do que uma política de governo. Esse processo de pactuação tem como finalidade a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas (Conass, 2006).

Nesse sentido foram definidas três dimensões no Pacto pela Saúde 2006: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. No Quadro 3 abaixo são apresentadas as principais prioridades de cada Pacto.

Quadro 03: Dimensões do Pacto pela Saúde, 2006.

<ul style="list-style-type: none"> • Repolitização da discussão do SUS, com envolvimento da sociedade; • Financiamento compatível com as necessidades de saúde por parte dos entes federados, expressos na luta pela regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional; • Elaboração e ampla divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS; • Discutir nos conselhos municipais e estaduais as estratégias para implantação desta dimensão no estado; • Priorizar espaços com a sociedade civil para realizar as ações previstas
<i>PACTO PELA VIDA</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Compromisso entre os gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira • Definição de uma agenda comum, enxuta, com metas pactuadas e revisão anual • Prioridades estabelecidas através de metas nacionais, estaduais ou municipais • O Pacto pela Vida 2006 definiu seis prioridades: Saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica/Primária.
<i>PACTO DE GESTÃO</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. • Avança na regionalização e descentralização do SUS, a partir da proposição de algumas diretrizes permitindo uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais. • Propõe a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. • Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite em grandes blocos de financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

Fonte: Adaptado de CONASS (2006). Quadro elaborado pelo autor.

De uma forma geral o Pacto pela Saúde de 2006, apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes (Brasil, 2006, p. 03).

Para dar conta de toda essa atenção descentralizada e regionalizada é preciso que haja um financiamento, e este, em conformidade com os Pactos, dá-se pela tripartite (União,

Estados e Municípios). As bases de cálculo que formam cada Bloco de Custeio (Atenção Básica; da Atenção de Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS) e os montantes financeiros destinados para os Estados, Município e Distrito Federal são compostos por memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento. Desta forma, estados e municípios tem maior autonomia para alocação dos recursos de acordo com as metas e prioridades estabelecidas nos planos de saúde (Conass, 2006).

3.3 Judicialização da Saúde no Brasil

Como bem lembrado por Maria Alice Ugá e Rosa Maria Marques, 2005, p. 193, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), inspirada no modelo dos sistemas nacionais de saúde de cunho universalista, contextualizados em modelos de proteção social “welfareanos” se deu, no Brasil, em um período histórico no qual o setor privado já estava largamente consolidado, onde a expansão na cobertura do atendimento à saúde experimentada na década de 1970 foi promovida à custa da comercialização desses serviços entre o poder público e hospitais e clínicas particulares.

Além dessa realidade, ao mesmo tempo em que o Brasil consolidava, pioneiramente na sua história, os direitos sociais, dentre os quais o direito à saúde, sob a novel perspectiva universalizante e contando com a ampla participação do Estado na sua realização, o modelo econômico ao qual se filiava, sob os auspícios do ajuste macroeconômico de cunho neoliberal, também serviu para que as políticas públicas a serem empreendidas na realização dos princípios do SUS fossem meramente residuais.

Eis, então, o triste paradoxo presente na sociedade brasileira desde então: de um lado, a promulgação de uma Constituição Federal Republicana que, alicerçada sobre os pilares da cidadania e dignidade humana, eminentemente social e tendo como objetivos a edificação de uma sociedade livre, justa e solidária, a erradicação da pobreza e o bem-estar de todos os seus cidadãos, confronta-se com a omissão dos Poderes Executivo e Legislativo, legítimos responsáveis pela execução de políticas públicas afiançadoras de um atendimento digno em saúde, dado os pífios encaminhamentos políticos e econômicos conferidos ao SUS, em direção ao seu completo desmantelamento.

A passagem a seguir, de Aldáiza Sposati, apesar de referir-se mais especificamente ao campo da assistência social, bem se encaixa no contexto da saúde pública como direito fundamental não alcançado:

Cada vez mais constatamos, no Brasil, a condição de uma sociedade virtual quanto à aplicação dos direitos constitucionais. Fala-se e escreve-se, mas não se cumpre. A distância histórica entre o proposto e o posto, somada à omissão da cobrança da responsabilidade pública, leva à cultura do descrédito no disposto legal. O formal se distancia do senso comum como mundos desconexos. (SPOSATI, 1997)

Assim, a tensão decorrente do direito à saúde constitucionalmente garantido, e a sua ineficácia, na prática, passou a desembocar no Poder Judiciário, o qual recebeu a incumbência de, à margem da via ordinária, realizá-lo. Com isso, assistiu-se a um agigantamento da atuação do judiciário na esfera política, tomando para si a responsabilidade de decidir acerca de políticas públicas deficitárias e invadindo a esfera de atuação dos demais poderes estatais, como último recurso à efetivação do direito à saúde, ao qual a sociedade se apoia.

Assiste-se, portanto, a uma gradativa, mas contundente substituição do Estado e dos recursos institucionais tipicamente republicanos pela atuação do Poder Judiciário, tornando-se, o juiz, o protagonista direto da questão social. Sem descurar dos efeitos negativos decorrentes da ampliação (muitas vezes excessiva, é bem verdade) da atuação judicial no campo da efetivação de políticas públicas, adentrando na esfera de competência dos demais poderes, apenas criminalizar a judicialização por conta da omissão estatal não é o caminho, especialmente quando esta alcança o direito prestacional à saúde, conquanto, como já dito, as demandas judiciais são consequências da insuficiência do sistema de saúde pública vigente, o qual objeto de verdadeiro descaso e contundente sucateamento.

Nesse sentido, encontramos respaldo nos ensinamentos de Ingo Sarlet:

Por mais que os Poderes Públicos, como destinatários específicos de um direito à saúde, venham a opor – além da já clássica alegação de que o direito à saúde (a exemplo dos direitos sociais prestacionais em geral) foi positivado como norma de eficácia limitada - os habituais argumentos da ausência de recursos e da incompetência dos órgãos judiciários para decidirem sobre a alocação e destinação de recursos públicos, não nos parece que possa prevalecer, ainda mais quando está em jogo a preservação do bem maior da vida humana.

Não nos esqueçamos que a mesma Constituição que consagrou o direito à saúde estabeleceu – evidenciando, assim, lugar de destaque outorgado ao direito à vida – uma vedação praticamente absoluta (salvo no caso de guerra regularmente declarada) no sentido da aplicação da pena de morte (art. 5º, XLVII, a). Cumpre lembrar, mais uma vez, que a denegação dos serviços essenciais de saúde acaba – como sói acontecer – por se equiparar à aplicação da pena de morte para alguém cujo único crime foi o de não ter condições de obter com seus próprios recursos o atendimento necessário, tudo isto, habitualmente sem qualquer processo e, na maioria das vezes, sem possibilidade de defesa, isso sem falar na virtual

ausência de responsabilização dos algozes, abrigados pelo anonimato dos poderes públicos. (SARLET, 2010 p. 35)

No contrapé, parte significativa da doutrina Pátria vem apontando a judicialização de demandas sociais, típicas de decisões governamentais (políticas), como causadora de grave déficit nas contas públicas, além de desestruturar a organização do Estado na alocação dos recursos, gerar injustiça social, na medida em que contempla apenas os cidadãos autores de demandas judiciais, ferindo um dos princípios basilares da democracia Pátria, materializado na separação dos poderes. Não que se deixe de reconhecer os efeitos negativos à autonomia e segurança do Direito, quando diante de uma jurisdição constitucional atrelada à volatilidade das decisões judiciais, mas outros aspectos precisam ser considerados, a fim de que se compreenda o fenômeno da judicialização como consequência e não causa da ineficiência dos serviços públicos.

É que, no Brasil, onde as filas para a realização de simples exames de diagnóstico, para atendimento com especialistas, ou para aquisição de medicamentos, bem como a carência de leitos, especialmente os de UTI – Unidade de Tratamento Intensivo, ocasionam, no mais das vezes, agravos irreversíveis na saúde dos milhões de brasileiros usuários do SUS, a judicialização de demandas por serviços de saúde em nada se parece com um beneficiamento torpe dos cidadãos mais aligeirados e que acorreram ao Poder Judiciário, mas representam o seu último recurso em defesa da própria vida.

Evidente que se está diante de uma situação que extrapola a via ordinária de concessão do direito prestacional à saúde, a qual diz com a atuação do Poder Legislativo e Executivo, tanto na elaboração quanto na efetivação de políticas públicas de fato comprometidas com a promoção dos direitos sociais. No entanto, a omissão do Estado, na figura dos poderes Legislativo e Executivo, ao escolher a realização de políticas de saúde pública pífiás, deve arcar com a justa cobrança que lhe faz o Poder Judiciário. Do contrário, estaríamos diante de uma situação, pelo mínimo, esdrúxula, onde o Estado, devedor de uma política de saúde decente, não pode ser judicialmente demandado ao argumento de indevida sobreposição de poderes, jogando o ônus de sua consciente omissão aos ombros da população, enfim, desassistida. Ou seja, é o Estado beneficiando-se de sua própria torpeza.

Nesse sentido, Clarissa Tassinari arremata o pensamento:

Por tudo isso, pode-se dizer que a judicialização se apresenta como uma questão social. A dimensão desse fenômeno, portanto, não depende do desejo ou da vontade do órgão judicante. Ao contrário, ele é derivado de uma série de fatores originalmente alheios à jurisdição, que possuem seu ponto inicial em um maior e mais amplo reconhecimento de direitos, passam pela ineficiência do Estado em implementá-los e desaguam no aumento da

litigiosidade – característica da sociedade de massas. A diminuição da judicialização não depende, portanto, apenas de medidas realizadas pelo Poder Judiciário, mas, sim, de uma plêiade de medidas que envolvem um comprometimento de todos os poderes constituídos (TASSINARI, 2013, p. 19).

A questão em voga encerra outros tantos vieses, como a discussão a respeito do custo suportado pelo Estado no atendimento às demandas judiciais por implementação de políticas públicas; a destinação dos recursos, os quais limitados; os pleitos por medicamentos e serviços que não constam na lista daqueles ofertados pelo Sistema Único de Saúde; o grau de litigiosidade por ações de saúde no âmbito público e privado; os pressupostos jurídicos que autorizam a judicialização de políticas públicas, que demandaria outras tantas laudas e perder-se-ia o enfoque e o propósito do presente espaço nesse trabalho: noticiar a judicialização da saúde e correlacioná-la à omissão estatal na realização dos princípios norteadores do SUS.

Assim, em que pese não se possa, ou não se deva erigir um Estado Social com base em decisões judiciais, as políticas públicas mais comprometidas com a ordem capitalista, cujo pilar firma-se na exclusão e não na inclusão social, legaram-nos uma condição de sub-humanidade, formando uma classe de “subgentes”, não nos deixando a escolha de poder renunciar à atuação extrapoladora do Poder Judiciário, como “fazedor” dessas pretensões sociais-fundamentais, especialmente no caso da saúde.

E o mais desolador, nesse contexto, não é o fato de que a judicialização da saúde já completara mais de duas décadas de existência, mas que o Estado, dito tão onerado com tal fenômeno, nada, ou quase nada fez para minimizá-la, desnudando outra possível realidade: a de que o Estado nem tão incomodado se encontra com os gastos que reputa excessivos no cumprimento de decisões judiciais no campo da saúde pública, aparentando, a toda evidência, certo conformismo em não ter de assumir o protagonismo na efetivação desse direito fundamental. Basta atentar aos mais novos encaminhamentos conferidos pelo governo federal às pastas sociais, assunto do último capítulo, as quais certamente implicarão em mais demandas a desaguarem na esfera judicial.

Nada obstante a realidade ora mencionada, fruto do descaso do poder público, o SUS ainda reflete, em algumas áreas, as grandes conquistas idealizadas pelo movimento sanitário que lhe serviu de fonte criadora, demonstrando a sua capacidade e eficiência enquanto política pública de saúde, quando presentes o interesse e os investimentos necessários à sua realização.

3.4 Transporte Sanitário Eletivo: Contexto e Desafios

Observa-se que o assunto transporte sanitário (TS) é escassamente tratado na legislação sobre o SUS. A Constituição de 1988, embora diga que é responsabilidade do Estado disponibilizar os serviços públicos de interesse à saúde (BRASIL, 1988), menciona o termo transporte apenas de forma generalizada. A Lei nº. 8080/1990, que dispõe entre outras coisas sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 1990), também generalizou o tema; observa-se que a palavra ‘transporte’, aparece apenas quatro vezes no texto e sem relação com o transporte de pacientes.

Em 15 de junho 2004, o Ministério da Saúde lança a Portaria 1.168/GM que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal que, entre outras coisas, define estratégias de cuidado na atenção básica, de média e alta complexidade; no entanto esta portaria não prevê o fornecimento de transporte aos pacientes que necessitam receber sessões de hemodiálise fora de sua residência (BRASIL, 2004)

O município de Araguaína - TO, objetivando regulamentar a política de transporte interno na administração direta, lança o Portaria Municipal nº 059/2021; que estabelece as diretrizes da Política de Transporte Interno na Administração Direta e Indireta no Município. O lançamento deste decreto significa uma pequena evolução no assunto TS pois, até então, não havia legislação que mencionasse o transporte de pacientes.

O termo transporte sanitário surge apenas em 2010, com a criação da Portaria do MS nº 4.279, em 30 de dezembro. É a primeira vez que a legislação define a obrigatoriedade de infraestrutura de sistema logístico como solução em saúde e os sistemas de transportes sanitários (BRASIL, 2010). O Decreto nº 7.508/2011 em seu Art. 2º inciso I menciona apenas que a Região de Saúde é constituída por “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).

Portaria nº 389/2014, que define os critérios da linha de cuidado para o paciente renal crônico e determina a garantia do transporte para o paciente em tratamento (BRASIL, 2014a); e a Portaria nº 483/2014 que redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, na qual consta que os sistemas logísticos são soluções de saúde e devem prover e organizar os transportes sanitários (BRASIL, 2014b).

3.5 Percurso histórico dos serviços de assistência a pessoa portadora de doença renal no Brasil

O primeiro rim artificial foi construído na Holanda durante a II Guerra Mundial pelo professor William Kolff, para atender os feridos que apresentavam inchaços no corpo devido

à interrupção da urina, ocasionada pelas transfusões sanguíneas muitas vezes incompatíveis. A primeira diálise realizada no Brasil teve como maquinário o Rim Artificial construído de forma artesanal pelo professor Tito Ribeiro de Almeida, em 1949, no Hospital das Clínicas de São Paulo. O professor se inspirou num projeto de William Kolff. Entretanto a primeira literatura adquirida pelo professor Tito foi do Canadense Murray que pouco tempo depois de Kolff estava desenvolvendo seu rim artificial.

Posterior a essa fase pioneira, o Brasil em 1955 começou a importar dos Estados Unidos o rim artificial Kolff-Merril, que apresentava maior tecnologia. O primeiro hospital a receber este maquinário foi um hospital universitário, do Estado de São Paulo, o qual já tinha na sua estrutura a Unidade de Doenças Renais, recém-criada pelo professor Magaldi. A diálise, até a década de 1960, era apenas realizada nas pessoas portadoras de insuficiência renal aguda, perda temporária da função renal. A hemodiálise e a diálise peritoneal passaram a ser utilizadas como tratamento de substituição renal de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em 1962, no Estado de São Paulo, e em 1963 no Estado do Rio de Janeiro, dando continuidade em outros Estados brasileiros. Estes centros localizavam-se principalmente em hospitais universitários e em raros núcleos privados do país (Romão, 2009).

Ocorre também, nos hospitais universitários, o primeiro transplante renal com doador vivo, em 1965, no Hospital das Clínicas de São Paulo e, em 1967, com doador cadáver no hospital das clínicas de Ribeirão Preto-SP. Promulga-se em 1968, a 1ª Lei federal regulamentando a doação de órgãos.

O tratamento à pessoa portadora de doença renal crônica ganha corpo na década de 1970, período em que o Estado provia serviço de atenção médica, através do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS - a 60% dos trabalhadores previdenciários urbanos enquanto a rede suplementar atendia, apenas, 5% da população brasileira, incluindo os funcionários de grandes empresas privadas nacionais e estrangeiras que firmavam convênios particulares (Conasems, 2007).

No final da década de 1970 cresce a demanda das pessoas portadoras de doença renal crônica por tratamento dialítico, fato que favorece o credenciamento das clínicas privadas de hemodiálise pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que, segundo Coelho (1996), tinha mais habilidade em gerenciar unidades privadas que planejar uma política pública de atenção a essas pessoas.

A atraente remuneração paga para os procedimentos dialíticos despertam interesse da rede privada em expandir o serviço de diálise. Observa-se, portanto, o aumento dos credenciamentos das instituições privadas com o INAMPS, favorecendo a consolidação de

um mercado prioritariamente privado na prestação de serviços em parceria com empresas que fabricam e comercializam insumos, máquinas e medicamentos específicos para os tratamentos renais substitutivos altamente monopolizados (CHERCHIGLIA, 2006).

Dentro desse processo identificam-se interesses em disputa que se revelam na tensão entre dois projetos: o que busca desenvolver um sistema integrado de atendimento às pessoas com doença renal e o que deseja a autonomia local dos centros prestadores de serviços privados (COELHO, 1998, p.12).

Verifica-se, portanto, o interesse do mercado em áreas específicas da saúde que possam dar lucro, fato não restrito aos serviços de atendimento às pessoas com doença renal crônica. O processo de correlação de força entre a mercantilização e o direito à saúde permeou todo o processo de elaboração da Política Nacional de Saúde – materializado pelo SUS – o qual tinha de um lado quem defendia o projeto da reforma sanitária, inscrito na Constituição Federal de 1988 e, de outro, o projeto privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990.

Nesse período, décadas entre 1970 e 1990, o atendimento à pessoa portadora de doença renal era especificamente na alta complexidade, através da Terapia Renal Substitutiva, prioritariamente na modalidade diálise, regida por diversas portarias emitidas ao longo dos anos, tratando a problemática da doença renal crônica de forma fragmentada e pontual.

Ademais, os primeiros dados de diálise e transplante no Brasil foram divulgados em 1976, pela Comissão de Diálise e Transplante, criado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, mesmo tendo a Lei Federal Ordinária nº 5.479 de 1968 que regulamentava a doação de órgãos o qual estabelecia, no seu art. 8º, que as instituições hospitalares remetessem relatórios ao Departamento Nacional de Saúde Pública divulgando os atendimentos realizados às pessoas portadoras de doença renal crônica. Entretanto, até 1987, o Governo Federal nunca divulgou qualquer informação sobre a atividade (Coelho, 2006).

De acordo com a mesma fonte, no ano de 1976, a comissão de Diálise e Transplante emitiu um relatório, divulgando que neste ano havia 500 pacientes em diálise e, entre os anos de 1968 e dezembro de 1976, aproximadamente, foram realizados 729 transplantes renais em 19 centros de transplantes.

O segundo relatório da Comissão foi publicado em 1979, tendo como referência o ano de 1978, o qual informava a existência de 1.433 pessoas em diálise; destas, 1.125 na modalidade hemodiálise – HD – e 308 em diálise peritoneal – DP - em aproximadamente 145 centros de diálise. Quanto ao transplante – TX - havia 29 centros transplantadores e haviam sido realizados 1.169 transplantes renais. Entre o período de 1976 e 1978, o número de pessoas em diálise cresceu 184,9% e, 59,7% transplantados.

Concomitantemente ao fato acima citado, cresce a população previdenciária, atendida pelo INPS, que no ano de 1971 atendia 9.621 previdenciários e em 1978 passa a atender 23.433 previdenciários. Sua despesa neste período aumentou de US\$ 1 milhão em 1971 para US\$ 3,5 milhões em 1978 (Coelho, 1996).

Ao final dos anos 70, vários fatores afetavam a arrecadação de recursos destinados aos programas sociais: a conjuntura econômica de crise com desaceleração das taxas de crescimento, e com conseqüente influência negativa sobre o nível de emprego do país, e ainda a redução da massa de salários. Era necessário haver uma reorganização da atenção à saúde no país, e reavaliação das condições de seu financiamento (Manzur, 2001, p.45).

Na área específica da assistência à pessoa portadora de doença renal, a diretoria da Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN - através da assessoria da Comissão de diálise e transplante alertou para a necessidade de controlar os custos e a qualidade dos serviços prestados e propôs, em 1979, um Programa Nacional de Assistência ao Doente Renal Crônico Terminal, o qual recomendava que a diálise fosse autorizada, em nível regional, por uma comissão composta por, pelo menos, um nefrologista portador de diploma de especialista e oferecesse serviços de auditoria para fiscalização e avaliação dos centros credenciados, ao Ministério da Previdência.

A SBN estimulava a abrangência da diálise em residência com vista a diminuir os custos em honorários médicos e gastos hospitalares e a criação de um centro piloto de diálise peritoneal. No que se refere ao transplante, sugeriu que, o referido tratamento fosse um método de escolha para as pessoas portadoras de doença renal crônica, desde que houvesse uma boa seleção do binômio doador – receptor, além de propiciar uma melhor reabilitação sócio profissional; também era a modalidade que poderia deter a expansão da diálise (COELHO, 1996).

Em 1980 após uma série de divergências entre INAMPS e SBN sobre honorários relativos à diálise, o INAMPS disciplinou, através de normas básicas, os serviços de diálise prestados aos beneficiários da previdência. A partir desse momento, todos os centros de diálise seriam reconhecidos e fiscalizados por este Instituto bem como deviam emitir relatórios mensais para o mesmo. Tal fato gerou uma tensão entre as duas instituições, pois a SBN tinha a competência de conceder 38 títulos de especialista em nefrologia para os médicos e acreditava que poderia credenciar e fiscalizar os centros de tratamento ao renal crônico.

Coelho analisa que, [...] apenas as propostas referentes à normatização da diálise foram aceitas pelo INAMPS. O conjunto das propostas da SBN era, no entanto, bem mais

amplo, tocando em questões como os critérios de acesso aos serviços de diálise e a necessidade de integrar a diálise e o transplante em um sistema que estimulasse o transplante com doador cadáver e a diálise domiciliar (COELHO, 1996, p. 82).

É importante destacar que nessa década de 80 estava em pauta a descentralização do sistema de saúde, associada à bandeira de democratização do país, bem como a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, antes vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social que passaria a gerenciar e fiscalizar os benefícios previdenciários, cabendo, portanto, ao INAMPS a responsabilidade da assistência ambulatorial e hospitalar integral a toda a população (MANSUR, 2001).

No ano de 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS – simultaneamente aos debates ocorridos na VIII Conferência Nacional de Saúde. Na resolução que estabeleceu este sistema, ocorreu o reconhecimento da importância das doenças renais no quadro de morbidade da população do Estado e dos elevados custos envolvidos no tratamento destas patologias.

Neste mesmo ano foi criado o Sistema Integrado de Assistência ao Doente Renal Crônico – Sirc-Trans - a primeira tentativa de construir uma política federal para atender as pessoas portadoras de doença renal crônica e potencializar o transplante como alternativa de tratamento. Este Sistema foi substituído em 1990 pelo Sipac-Rim que indicava o transplante como a melhor opção de tratamento da doença renal crônica. Entretanto estes sistemas não obtiveram êxitos.

Uma das dificuldades de organizar um sistema integrado, apontada por Coelho (1998) foram as regras de financiamento dos Sistemas Unificados Descentralizados da Saúde nos Estados - SUDS e o SUS - que dividiam os recursos pelos procedimentos ambulatorial e hospitalar. Como a diálise está inserida no procedimento ambulatorial, teve como responsáveis pelo pagamento e controle dos procedimentos as secretarias estaduais de saúde, e o transplante, por ser um procedimento hospitalar, a esfera federal. Assim sendo, os centros de diálise não submeteram as diretrizes nem enviaram qualquer informação ao Sirc-Trans, e SipacRim, que estavam ligados ao ministério da saúde. Em 1991 o Sipac-Rim se autodissolveu.

Em 1988 foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS - aprovado pela Constituição Federal que, devido a tensões existentes entre aqueles defendiam os sistemas nacionais de saúde e os liberais privatistas, o SUS constituiu-se por miríades de combinações existentes entre eles. Campos em sua análise registra que, desde a VIII Conferência até o texto legal que deu origem ao SUS, optou-se por não haver nacionalização ou estatização de hospitais privados ou filantrópicos. Para assegurar atenção hospitalar e especializada aos usuários, o

SUS manteve a política de compra de serviços, mediante convênios, ao setor privado. Até os dias de hoje, 60% da capacidade hospitalar utilizada pelo SUS são de hospitais filantrópicos ou privados. Este acordo, provavelmente, atenuou a possibilidade, verificada em outras reformas sanitárias, do setor hospitalar e de parte importante da categoria médica opor-se ao SUS. No entanto, este arranjo trouxe problemas para a gestão do sistema. A manutenção da forma privada de propriedade e o importante grau de autonomia conservado por estes serviços contribuíram para a fragmentação do sistema (ainda quando dito "único"), dificultando sua integração ao sistema. Mesmo a forma de compra de serviços não foi ainda totalmente substituída por formas de relação sistêmicas ou globais, como seria o caso de contratos de gestão entre SUS e conveniados (CAMPOS, 2007, p. 08).

Tal fato influenciou, também, na construção de um sistema integrado de atendimento às pessoas portadoras de doença renal crônica, materializado na Portaria 38 do Ministério da Saúde, em 03 de março de 1994, que objetivava normatizar os serviços de diálise e transplante, credenciar estes serviços, bem como vincular os centros de diálise ao centro transplantador. As inscrições das pessoas portadoras de doença renal crônica deviam estar atreladas à lista de espera.

A portaria 38\1994 priorizou os serviços de alta complexidade e, segundo Coelho (1996), devido à insuficiência de recursos que o Ministério da Saúde disponibilizava para sua implementação, somada às diferenças regionais, a referida portaria não alcançou o impacto desejado. Ademais a abordagem integral de atendimento às pessoas com doença renal ficava restrita ao atendimento na alta complexidade sem envolver os outros níveis de atenção.

Em 1990, governo Collor, é criada a Divisão Nacional de Procedimento de Alta Complexidade, o Sistema Integrado de Procedimento de Alta Complexidade- SIPAC- Rim foi um dos 11 sistemas integrado de alta complexidade criada por esta divisão.

O pouco controle e informação sobre a quantidade, a qualidade dos tratamentos para os pacientes renais, bem como a “tragédia da hemodiálise de Caruaru11”, em fevereiro de 1996, foram fatores que contribuíram para que o Estado estabelecesse uma nova política regulatória para o setor. Institui-se, assim, a Portaria 2.042\96, estabelecendo o “Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas para cadastramento desses estabelecimentos junto ao Sistema Único de Saúde” (Brasil, 1996, p.01). Essa Portaria definiu tanto aspectos relacionados aos serviços de diálise quanto aspectos relacionados às unidades transplantadoras, estabeleceu os procedimentos e parâmetros operacionais, os recursos humanos e a infraestrutura. Percebeu o usuário como integrante do processo de tratamento, quando estabeleceu obrigatoriedade de informar ao paciente sobre os benefícios e os riscos de cada modalidade de tratamento diferente.

Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 2.043/96 referente à Autorização de Procedimento de Alto Custo em Alta Complexidade (APAC) - determinou, dentre várias portarias, a implantação da APAC no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde SIA/SUS e a necessidade de normatizar a forma de autorização desses procedimentos. E determinou a substituição das máquinas de diálise produzidas no Brasil por de duas empresas multinacionais (Cherchiglia, 2006).

É importante registrar que mesmo após a implementação do SUS o atendimento às pessoas portadoras de doença renal continuava concentrado na alta complexidade através das terapias renais substitutivas- TRS - que eram realizadas em sua maioria pela rede privada. Em 1996, “considerando o Brasil em seu conjunto, temos que, dos gastos relacionados com a Terapia Renal Substitutiva, 61,76% vão para os prestadores privados e 28,58% vão para os filantrópicos” (RIBEIRO, 1998, p. 24).

Com o objetivo de realizar um diagnóstico sobre a situação da doença renal no Brasil, em 2002 instituiu-se um grupo de trabalho que culminou na Regulamentação da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal através da Portaria nº 1.168 de 15 de julho de 2004. Identificamos neste momento a preocupação com a prevenção e a promoção nos diferentes níveis de complexidade, dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde, “substituindo um conjunto desarticulado de medidas técnicas e regulatórias que caracterizaram o atendimento aos doentes renais crônicos nos últimos quarenta anos” (Cherchiglia, 2006, p.14)

No mesmo período é instituída a Resolução Diretoria Colegiada- RDC nº 154 de 15 de julho de 2004 - da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise, como complemento da Política.

O atendimento ao paciente renal no Serviço de Nefrologia do Hospital das Clínicas de Pernambuco é organizado pelos setores ambulatorial, diálise (hemodiálise e diálise peritoneal), transplante¹² e enfermaria. Esses setores estão inseridos nos níveis de atenção de média e alta complexidade do SUS. A inserção dos usuários nestes serviços deve ser através de encaminhamento advindos da atenção básica, como estabelece a Política de Saúde bem como a Política de Atenção ao Portador de Doença Renal que, [...] impõe a criação de um modelo de atenção e gestão em que os pacientes sejam abordados de forma integral e integrada, com medidas de curto, médio e longo prazo, buscando modificar de forma positiva o perfil epidemiológico da doença renal no Brasil (BRASIL, 2004, p.3-4).

Entretanto o que observamos no cotidiano de nossa prática profissional é o crescente aumento de pessoas com indicação para diálise. De acordo com a Sociedade Brasileira de

Nefrologia- SBN – em junho de 2012 existiam cerca de 92 mil pacientes em diálise no Brasil. Nos últimos dez anos, esse número cresceu 115% “Transplante Renal: forma de tratamento em que o paciente recebe um rim de um doador (vivo ou cadáver). Neste tratamento o paciente tem que fazer uso de drogas imunossupressoras (medicações que inibem a reação do organismo contra organismos estranhos, neste caso o rim de outra pessoa) para evitar a rejeição do “novo rim”. Necessita de acompanhamento médico contínuo e deve aumentar em uma proporção de 500 casos por milhão de habitantes a cada ano.

Observamos também um aumento da demanda dos usuários atendidos no serviço de nefrologia do HC UFPE advindos de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), provavelmente por ineficiência ou dificuldade de acesso à rede básica de saúde; em estágio avançado da doença e pouca clareza em relação ao que estabelece a política de atenção ao portador de doença renal.

Sobre este último aspecto, o Ministério da Saúde comprometeu-se a fomentar o processo de discussão acerca da Política Nacional de Assistência ao Portador de Doença Renal através de disseminação de informações, a partir de novas tecnologias, que até o momento ainda não estão disponíveis. Destarte, mesmo considerando a importância das conquistas na promulgação das leis, transformando necessidades e carências em direitos, exige muito esforço para se aplicar o que rege a legislação transformando-a em serviços concretos para os usuários (Ribeiro, 1998).

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (PNAPDR), registrou na sua justificativa os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 30 de outubro de 2002, referentes ao crescente número de morbimortalidade por doenças crônicas não infecciosas e das condições atuais de acesso da população brasileira aos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva para instituir a referida Política.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN - no censo de 2010 registrou que 49.077 pessoas estavam em programa dialítico¹³, 85,8% tendo como fonte pagadora o SUS. No censo de 2011, registra que 50.128 pessoas estão em tratamento dialítico¹⁴, 84,9% tem o SUS como fonte pagadora. É relevante esclarecer que o percentual da fonte pagadora ilustrado pelo censo é advindo dos dados das unidades que responderam ao formulário disponibilizado pela SBN, portanto este percentual pode ser maior do que o demonstrado. Importante registrar que das 682 clínicas de diálise cadastrada na SBN, apenas 340 (53,3%) responderam o formulário fornecido por esta instituição. Número de clínicas de diálise cadastrada na SBN é de 687, entretanto apenas 353 (54,9) responderam ao formulário do censo de 2011 da SBN 15 Portaria nº 165, de 7 de março de 2012 alterar os valores de remuneração dos procedimentos de

Terapia Renal Hemodiálise – R\$ 170,50, hemodiálise em portador de HIV R\$ 252,77, até 3 sessões por semana. 43

O serviço de diálise está inserido na alta complexidade do SUS, o qual, segundo a Política Nacional de Atenção ao Portador de doença Renal “é frequentemente responsabilizada pelos custos elevados despendida em saúde.” (Brasil, 2004, p. 4). Além disso, e de acordo com a mesma fonte, a maioria dos usuários que utilizam estes serviços recebeu pouca ou nenhuma atenção na rede básica ou da média complexidade do ponto de vista das doenças renais crônicas não infecciosas, como é o caso da diabetes mellitus e hipertensão arterial que respondem como as principais causas da doença renal crônica.

No censo da SBN de 2010, o diagnóstico de base da doença renal crônica das pessoas em diálise no Brasil a diabetes e hipertensão representavam respectivamente 27,5% e 35,2%, em 2011 este percentual era de 28,4% e 35,1%. O fato pode sinalizar a possível falha na detecção precoce e no acompanhamento destes usuários na rede básica de saúde, na organização destes níveis de atenção do SUS.

4. POLÍTICAS PÚBLICAS E TEORIA DO DESENVOLVIMENTO COMO LIBERDADE

4.1 Políticas Públicas: Definições e Aplicações

As políticas públicas são acompanhadas por uma multiplicidade de fatores, questões e grupos que precisam ser considerados para um estudo detalhado, conforme a visão de Lindblom. Easton (1984), já na década de 1960, apontou que os resultados das políticas públicas são diretamente influenciados por grupos de interesse, sendo essas políticas caracterizadas como um sistema com diversas interfaces.

De forma geral, pode-se definir políticas públicas como um campo de estudo que busca tanto “colocar o governo em ação” quanto analisar essa ação, considerada uma variável independente. Além disso, quando necessário, propõe mudanças no direcionamento ou no curso dessas ações, encaradas como variáveis dependentes. A formulação de políticas públicas, nesse sentido, corresponde ao estágio em que governos democráticos transformam seus objetivos e plataformas eleitorais em programas e ações voltados para a produção de resultados ou mudanças concretas no mundo real (EASTON, 1984; LINDBLOM, 1979).

Se considerarmos que as políticas públicas constituem um campo holístico, ou seja, que integram diferentes unidades em conjuntos organizados, surge duas implicações principais. Primeiramente, conforme destacado por Souza (2006), o campo passou a ser um

domínio de múltiplas disciplinas, teorias e modelos analíticos. Apesar de as políticas públicas possuírem modelos, teorias e métodos próprios, elas são formalmente um ramo da ciência política. No entanto, seu estudo não se limita a essa área, sendo também analisado em outros campos do conhecimento, como a economia econométrica, que já exerce significativa influência. Entre os subcampos das políticas públicas, destaca-se a avaliação, que também foi impactada por técnicas quantitativas (SOUZA, 2006).

A exclusão social, por sua vez, representa uma das maiores ameaças, senão a principal, à estabilidade social, política, econômica e cultural de uma sociedade. A busca por um ordenamento social equitativo e por condições de justiça que assegurem uma vida digna aos cidadãos constitui um dos objetivos mais importantes de Estados, governos, instituições, personalidades e líderes com responsabilidades coletivas. Nesse contexto, as políticas públicas implementadas pelos governos emergem como ferramentas relevantes e decisivas para alcançar essa prerrogativa (SILVA, 2012).

O acelerado processo de globalização, especialmente nas últimas décadas, tem contribuído de forma significativa para a ampliação do conhecimento sobre a realidade interna dos países e suas relações com outros povos. Esse processo destaca as manifestações culturais, o patrimônio, as contradições internas e as potencialidades de cada nação, bem como os recursos e condições disponíveis para a promoção humana e a superação de graves problemas sociais (CASTELLS, 1999).

O início do século XXI evidencia a persistência de inúmeras contradições e a emergência de novas ameaças que impactam o cotidiano social. Essas questões incluem desigualdades persistentes, novas formas de terrorismo, guerras, analfabetismo endêmico, processos migratórios que expõem a vulnerabilidade de diversas nações e imperialismos de mercado e tecnológicos. Esses fatores, muitas vezes impulsionados por fanatismos, têm aniquilado parcelas significativas da população mundial, enfraquecido instituições, frustrado lideranças, desestruturado o conceito de Estado e dificultado a concretização de acordos duradouros. A incapacidade de solucionar tais problemas é um dos principais responsáveis pelo desequilíbrio social no Brasil e no mundo (SEN, 2000).

No Brasil, nas últimas décadas, houve uma ampliação significativa do alcance das políticas públicas, com programas de caráter universal e mecanismos voltados para controle, assessoria e empoderamento dos cidadãos. Destacam-se iniciativas como o acesso universal à educação básica para crianças e jovens, ações de combate e prevenção à fome, programas de vacinação em massa, redução das desigualdades regionais e locais, acesso ampliado à saúde pública, oferta de financiamentos mais acessíveis e esforços, ainda que limitados, de

distribuição de renda aliados ao crescimento econômico. Essas políticas refletem avanços importantes no enfrentamento de problemas sociais históricos do país (IPEA, 2010).

O período atual, especialmente nos últimos anos, tem sido marcado por uma grave crise política, moral e econômica, a qual apresenta riscos significativos ao desenvolvimento de políticas públicas essenciais. Uma abordagem crítica e reflexiva sobre as políticas sociais no Brasil torna-se indispensável diante de diversos fatores:

a) a necessidade de construir uma visão atualizada dessas políticas, orientada para um processo de desenvolvimento humano, social e econômico sustentável;

b) a urgência de uma perspectiva que vá além do bem-estar imediato e não seja dependente do assistencialismo estatal ou de organizações de assistência social;

c) as deficiências evidenciadas nos métodos de avaliação dos programas, em sua coordenação, controle e na medição dos resultados a curto, médio e longo prazos;

d) o potencial dessas políticas para contribuir no equilíbrio social e na prevenção de problemas como a violência e o preconceito;

e) a importância de desenvolver uma compreensão ampla da identidade pessoal e cidadã, que promova o engajamento político e a atuação ativa no processo de organização social (SILVA, 2015).

O modelo de desenvolvimento adotado por uma sociedade está intimamente relacionado a diversos fatores que influenciam diretamente as condições de vida dos cidadãos, a realização pessoal, a integração social, a participação política, a produção de bens e sua distribuição. A concepção de desenvolvimento está profundamente ancorada em interesses econômicos, na formação cultural da sociedade, nos objetivos presentes e futuros, nas condições de vida da população, no funcionamento das instituições sociais e na disponibilidade de recursos naturais e ambientais, bem como nos critérios para sua utilização, preservação ou reposição (SANTOS, 2006).

A superação das graves desigualdades sociais, consequência de um modelo de desenvolvimento que prioriza a atuação do mercado, o aumento da produção de bens, o acúmulo de recursos econômicos e a submissão do Estado ou das instituições aos ditames da economia e do autointeresse, exige a construção de uma alternativa ao modelo vigente. Essa nova arquitetura de desenvolvimento deve ser centrada na atuação do ser humano como

agente, capaz de desenvolver suas capacidades individuais e participar de maneira cooperativa na dinâmica social, priorizando a justiça social e o bem-estar coletivo (GIDDENS, 2001).

A análise sobre a importância das políticas públicas é pertinente quando se observa as inúmeras contradições que afligem as sociedades contemporâneas, especialmente no Brasil, que é o foco desta abordagem. O mundo presenciou um aumento sem precedentes na produção de bens e riquezas, assim como uma melhoria nas condições de sobrevivência devido à invenção de novos tratamentos e ao acesso a medicamentos. No entanto, ao mesmo tempo, persiste a concentração de renda e a existência de grandes contingentes de famintos, analfabetos e vítimas de guerras cruéis e injustificadas. Essa contradição é moralmente ilegítima e juridicamente insustentável, salvo pelo domínio de interesses utilitaristas, de mercado e voltados apenas para o autointeresse pessoal ou corporativo (HARVEY, 2005).

A abordagem das políticas públicas, como propõe Sen, está fundamentada na importância da pessoa e na necessidade de criar condições para o desenvolvimento das capacidades (capabilities) e permitir que o indivíduo atue como cidadão e agente ativo. O Estado, nesse modelo, desempenha um papel crucial como organizador das políticas de promoção humana e combate às desigualdades. Além disso, as instituições ou associações devem atuar de maneira propositiva, participativa e cooperativa, visando sempre o bem comum e a equidade social, princípios essenciais de sua existência. A compreensão sobre a pessoa é central para essa abordagem, como esclarece Sen (2000, p. 334):

Essa distinção tem uma influência prática significativa sobre a política pública. Embora a prosperidade econômica ajude as pessoas a ter opções mais amplas e a levar uma vida mais gratificante, o mesmo se pode dizer sobre educação, melhores cuidados com a saúde, melhores serviços médicos e outros fatores que influenciam causalmente as liberdades efetivas que as pessoas realmente desfrutam”.

As políticas públicas têm como objetivo contribuir para o processo de desenvolvimento social, o que significa que não estão exclusivamente voltadas às demandas do crescimento econômico, nem têm como prioridade a busca apenas pelo bem-estar material. A orientação, segundo essa concepção, busca integrar a economia, a tecnologia, o progresso econômico, os mercados e outros atores em uma arquitetura que possibilite as condições para a expansão da liberdade de escolha das pessoas. O desenvolvimento das capacidades humanas e a condição de agente ativo são vistos como a justificativa para a existência e a atuação do Estado, com seu aparato institucional, jurídico e financeiro. Essa abordagem tem repercussões metodológicas significativas, afetando a concepção da identidade política, o exercício do poder e as escolhas sobre onde investir os recursos disponíveis. Como destaca Sen (2000, p.

334), “*os seres humanos não são meramente meios de produção, mas também finalidade de todo processo*”.

A criação, implantação, execução, avaliação e expansão das políticas públicas têm como justificativa central o combate às causas da privação de liberdade, que impedem o desenvolvimento da capacidade de escolha e o exercício da condição de agente ativo. A percepção dessa deficiência, segundo Sen (2000), está relacionada ao conjunto de fatores sociais que afetam o exercício da autonomia das pessoas, como a negação de acesso à educação de qualidade, a falta de sistemas de saúde adequados, a escassez de emprego e a exclusão da participação pública em diversos espaços e ambientes, entre outros. Além disso, é importante destacar que, neste contexto, também se incluem a limitação de acesso à informação e aos mercados. Compreender esse conjunto de relações é essencial para promover as transformações sociais necessárias, tendo em vista a justiça social. A liberdade, portanto, é um elemento central para o desenvolvimento.

As diferentes formas de privação expressam os níveis das desigualdades, injustiças e do desenvolvimento social presentes nas sociedades. O poder transformador das políticas públicas precisa atuar nas causas da privação e promover o bem-estar individual, integrado às demais dimensões humanas, sociais e culturais (SEN, 2000).

A percepção, registrada por Sen (2001, p. 152), segundo a qual “*a literatura sobre economia do bem-estar que trata da desigualdade comumente ignorou as diversidades humanas e tendia a considerar todas as pessoas como exatamente similares (incluindo, entre outras coisas, como possuidoras dos mesmos potenciais máximos)*”, atualmente clama pela inclusão de outras necessidades, por meio da proposição de políticas de desenvolvimento social de alcance universal. As desigualdades que compõem a realidade social também dificultam a formação familiar, o equilíbrio social, a valorização da tradição cultural, a construção dos objetivos de vida e as opções políticas, entre outros aspectos, impactando substancialmente as políticas de desenvolvimento social. A visão que não depende exclusivamente dos recursos econômicos, embora não os exclua, integra-os numa dinâmica que tem como prioridade o capital humano como norteador da ação política.

Nesse sentido, Sen (2001, p. 175) destaca: “*Recursos são importantes para a liberdade, e a renda é crucial para evitar a pobreza. Mas se nosso interesse diz respeito, em última instância, à liberdade, não podemos – dada a diversidade humana – tratar os recursos e a liberdade como sendo a mesma coisa.*”.

As pessoas podem sofrer diferentes privações, dependendo das variáveis que compõem suas vidas. A pobreza, embora esteja primariamente associada à privação de bens, não pode ser reduzida ao acesso a esses bens como único indicativo para avaliação ou análise. Na concepção de Sen, dentro do conjunto de sua teoria da justiça, ser pobre é não poder exercer as liberdades substantivas, ou seja, não ter a condição de agente social e a capacidade de desenvolver as capacidades básicas (capabilities). Nesse contexto, a pobreza tem repercussões significativas na existência humana e nas condições de ação na sociedade de forma livre e autônoma, além da possibilidade de influenciar sua organização e funcionamento. Por exemplo, uma criança que não teve acesso a um bom nível de educação básica terá diversas limitações para aprender operações lógico-matemáticas, as regras gramaticais e a estrutura de uma língua estrangeira (SEN, 2000).

A atuação dos diferentes atores sociais, sejam pessoas ou instituições, integrada à necessidade de corrigir as injustiças sociais que aprofundam as desigualdades econômicas e a instabilidade social, deve propor políticas públicas que visem o socorro imediato às situações que causam grande sofrimento ou são originadas por catástrofes naturais ou de outra natureza. A existência de fundos de reserva é fundamental para esse fim (SEN, 2001).

As políticas públicas orientadas pela prioridade ao capital humano e à equidade social precisam ter um alcance mais amplo, compreendendo que o desenvolvimento social está diretamente relacionado à capacidade de entender o potencial dos investimentos, os efeitos do crescimento econômico de uma nação, os mecanismos para a distribuição de renda, a utilização equilibrada dos recursos naturais e ambientais disponíveis e, especialmente, por integrar essa dinâmica, a sua justificativa implica no poder de prevenção de desigualdades, na garantia da estabilidade social e política e nas condições para o desenvolvimento humano em suas diversas esferas, particularmente as capacidades e a condição de agente (SEN, 2000). Destaca-se, sobremaneira, a política preventiva. Nesse contexto, Sen (2000, p. 49) sublinha: *“Ver o desenvolvimento a partir das liberdades substantivas das pessoas tem implicações muito abrangentes para nossa compreensão do processo de desenvolvimento e também para nossos meios de promovê-lo”*.

A promoção das políticas públicas é responsabilidade primordial do Estado, cuja missão básica nas sociedades democráticas é a realização do bem comum, ou seja, o bem de todos. Essa premissa não desconsidera as demais instâncias, como o mercado e outras instituições, mas as integra em um amplo sistema de cooperação. Estas, por sua vez, possuem interesses específicos, que nem sempre estão diretamente comprometidos com o bem-estar

coletivo, e não dispõem dos recursos, estruturas e normatizações de alcance universal. A identidade da atuação do Estado é caracterizada pela missão e responsabilidade de atuar, administrar e fornecer os bens públicos, em vista do bem da sociedade. Mercados e organizações privadas não possuem uma identificação clara com essa missão, sendo que sua índole principal não está orientada para o bem público. O combate às distorções, desigualdades e outras mazelas é prerrogativa do Estado, sem desconsiderar as demais áreas, como a regulação dos setores de produção (SOUZA, 2006).

A ausência do Estado na organização da sociedade sedimenta e amplia o fosso das desigualdades e outras disparidades. Por outro lado, sua interferência exclusivamente assistencialista ou de controle social, político e econômico impede o desenvolvimento de outras dimensões essenciais ao valor e ao exercício da liberdade. A atuação segura e dinâmica do Estado, mesmo com iniciativas pontuais, tem um poder de transformação e de integração social e política de longo alcance. Conforme Sen (2000, p. 234), *“O ganho de poder das mulheres é um dos aspectos centrais no processo de desenvolvimento em muitos países do mundo atual. Entre os fatores envolvidos incluem-se a educação das mulheres, seu padrão de propriedade, suas oportunidades de emprego e o funcionamento do mercado de trabalho”*.

As políticas de desenvolvimento orientadas pela valorização, expansão e promoção do capital humano, e comprometidas com a dinâmica da democracia, precisam estar profundamente integradas às políticas sociais que visam corrigir as desigualdades sociais e econômicas. Além disso, devem fomentar o exercício dos direitos fundamentais, especificamente o acesso à educação, saúde, trabalho e aos mecanismos de informação, participação e decisão. Os cidadãos devem viver e atuar na sociedade como agentes ativos, desenvolvendo suas capacidades. A criação de reais oportunidades sociais é um referencial seguro e duradouro para esse fim, assim como para a ampliação do alcance das políticas sociais, visando o aumento da qualidade de vida, especialmente dos mais pobres (SEN, 2000).

4.2 A contribuição de Amartya Sen

Araguaína, uma das principais cidades do estado do Tocantins, implementou a política pública de transporte sanitário com o objetivo de reduzir barreiras de acesso aos serviços de saúde, especialmente para populações de áreas rurais e periféricas. Essa política busca atender cidadãos que, por questões econômicas ou geográficas, enfrentam dificuldades para chegar às unidades de saúde. O transporte sanitário oferece deslocamento gratuito ou subsidiado para consultas, exames, tratamentos continuados e serviços de alta complexidade em centros

especializados, contribuindo para a universalização do direito à saúde, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com a teoria do desenvolvimento como liberdade, de Amartya Sen, essa política pública não se limita a uma ação administrativa, mas representa uma ferramenta essencial para ampliar as liberdades individuais e coletivas, Sen (1999) argumenta que o desenvolvimento deve ser entendido como a expansão das capacidades das pessoas para que elas vivam uma vida que valorizam. O transporte sanitário em Araguaína desempenha um papel crucial nesse sentido, pois elimina barreiras que impedem os cidadãos de exercer plenamente o direito à saúde, considerado um elemento central do bem-estar e da dignidade humana.

A política de transporte sanitário também atua diretamente na redução de privações econômicas e sociais. Para muitas famílias de baixa renda, o custo do deslocamento até as unidades de saúde representa uma despesa significativa, muitas vezes inviabilizando o acesso aos cuidados médicos necessários. Ao fornecer transporte gratuito, o município permite que essas famílias economizem recursos financeiros, que podem ser direcionados para outras necessidades, como alimentação e educação. Além disso, a política promove a igualdade ao atender principalmente grupos marginalizados, como comunidades rurais, idosos e pessoas com deficiência, ampliando a equidade no acesso aos serviços públicos de saúde.

Outro ponto importante é o impacto indireto dessa política sobre outros indicadores de qualidade de vida. A garantia de acesso aos serviços de saúde influencia diretamente na capacidade das pessoas de permanecerem saudáveis e produtivas, fortalecendo sua autonomia. Assim, o transporte sanitário em Araguaína contribui não apenas para a melhoria das condições de saúde, mas também para a inclusão social e o fortalecimento do capital humano local.

Apesar dos avanços, desafios permanecem. A insuficiência de recursos financeiros e a limitação da frota de veículos são problemas recorrentes, que afetam a abrangência e a qualidade do serviço. Além disso, moradores de áreas mais isoladas frequentemente relatam dificuldades no acesso ao transporte, evidenciando a necessidade de ampliar a cobertura geográfica da política. Esses desafios apontam para a importância de um planejamento contínuo e de investimentos que assegurem a efetividade do transporte sanitário como um direito garantido a todos os cidadãos.

Sob a perspectiva de Amartya Sen, a efetividade dessa política deve ser avaliada não apenas pela sua existência formal, mas pela sua capacidade de transformar positivamente a vida das pessoas. A política de transporte sanitário, quando implementada de forma eficaz, elimina privações instrumentais – como a falta de acesso à assistência médica – e contribui para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Para tanto, é necessário um compromisso político e administrativo que garanta sua sustentabilidade e ampliação.

Em conclusão, a política pública de transporte sanitário em Araguaína é um exemplo de como iniciativas locais podem contribuir para o desenvolvimento humano, promovendo o acesso equitativo à saúde e fortalecendo as capacidades individuais. Sob a luz da teoria de Amartya Sen, essa política não é apenas uma solução prática para um problema logístico, mas uma expressão concreta do compromisso com a ampliação das liberdades e com o combate às desigualdades estruturais. Ao investir em políticas que eliminem barreiras e promova a inclusão, Araguaína dá passos importantes na direção de um desenvolvimento que prioriza a dignidade e o bem-estar de todos os seus cidadãos.

4.3 Desenvolvimento, Liberdade e Acesso à Saúde

O desenvolvimento das capacidades requer a opção pela superação daquelas situações que são responsáveis pela exclusão, marginalização ou classificação das pessoas. As políticas públicas orientadas para a equidade social têm como objetivo o combate às causas das desigualdades que podem ser avaliadas a partir da condição de não agente dos cidadãos, entre as quais se podem sublinhar, a fome, o desemprego, o analfabetismo, a ausência de serviços de saúde adequados e, especialmente, a excessiva concentração de renda. As políticas com essa meta visam socorrer as necessidades imediatas, assim como, a prevenção de problemas futuros, conforme destaca Sen (2010, p. 352).

Políticas tendentes a lidar com a incapacidade podem ter um âmbito muito alargado, o qual tanto incluirá a mitigação dos efeitos advindos de deficiências e incapacidades como a criação de programas para a prevenção do surgimento de tais incapacitações. É de extrema importância que se compreenda que muitas das incapacitações são evitáveis, muito podendo ser feito, não apenas para diminuir a penalidade da incapacitação, mas também, e desde logo, para reduzir a sua incidência”.

A afirmação do valor da pessoa como agente ativo nas sociedades democráticas demanda a sensibilidade de querer que seus talentos sejam percebidos ao longo da sua vida e, especificamente, nos espaços onde pode influenciar na mudança social.

O direito de votar e ser votado, consagrado como símbolo do exercício da cidadania, é representativo do conjunto de direitos e obrigações que emanam dos membros de uma sociedade que têm a pessoa como sua prioridade. A redução da pessoa à condição de não agente nega a legitimidade da organização social, da atuação das instituições, da arquitetura jurídica, do sistema eleitoral dentre outras instâncias. O valor moral da liberdade e o direito fundamental de exercê-lo precisa ser uma prerrogativa irrenunciável dos líderes comprometidos com a justiça social e critério para a sua legitimidade moral e jurídica para sua própria atuação política. Nesse sentido se pode dizer: “[...] as liberdades substantivas que desfrutamos para exercer nossas responsabilidades são extremamente dependentes das circunstâncias pessoais, sociais e ambientais”. (SEN, 2000, p. 322).

O poder de transformação das políticas públicas está diretamente relacionado à sua capacidade de impactar as condições de vida das pessoas ou de resolver problemas imediatos que representam ameaças para a sociedade. Dessa forma, os resultados dos objetivos propostos podem ser mensurados ou observados em um curto período de tempo. Um exemplo disso são os programas de combate ao analfabetismo, cujas metas mais importantes, com grande repercussão e alto valor agregado, podem ser alcançadas em menos de uma década, com um alcance potencialmente universal (SEN, 2000). As iniciativas voltadas para a luta contra a exclusão das mulheres, tema frequentemente abordado por Sen, têm o poder de gerar um impacto significativo em seu contexto imediato e nas gerações futuras (SEN, 2000).

A ausência de políticas públicas que beneficiem setores estratégicos da sociedade — novamente, a condição de exclusão da mulher pode ser sublinhada — tem repercussões negativas sobre o conjunto da sociedade. Além de retardar soluções possíveis e de baixo investimento, aprofunda consequências como a violência familiar e o enfraquecimento do potencial de participação visando à transformação social. Como assinala Sen, “mas também ocorre que o papel limitado da condição de agente ativa das mulheres afeta gravemente a vida de todas as pessoas – homens e mulheres, crianças e adultos” (SEN, 2000, p. 222).

As políticas públicas têm esse duplo potencial de interferência no conjunto da sociedade. Primeiro, os seus investimentos atendem a demandas universais e, portanto, com capacidade de atender as necessidades básicas de uma ampla parcela da população vítima de variadas formas de exclusão que põe em risco a qualidade de vida de parte significativa da sociedade. Segundo, contemplam as ações prioritárias ou específicas, seja de grupos, seja individualmente, com o objetivo de atender situações particulares de exclusão, marginalização ou insegurança.

A compreensão do significado da qualificação agente para a averiguação qualitativa das políticas públicas é decisiva tanto para a avaliação dos investimentos necessários, quanto para a obtenção dos resultados esperados. A prerrogativa condição de agente, além de reafirmar o valor e a dignidade da pessoa, sublinha a opção pela orientação prioritária das políticas públicas a partir do capital humano, isto é, o cidadão tem direitos inalienáveis e o Estado tem o dever de garanti-los por meio de sua ampla estrutura de instituições, recursos, legislação e outras organizações ou acordos. Na afirmação condição de agente, tanto do ponto de vista da sua compreensão, quanto da sua dimensão simbólica e política, está a diferenciação em relação às políticas de assistência social, normalmente organizadas em vista de soluções de problemas imediatos e com duração de curto prazo.

A estruturação de um sistema de superação da exclusão social, das desigualdades seja de pessoas seja de regiões e o combate às causas das deficiências sociais caracteriza as políticas públicas e sua missão de atuar de forma integrada e cooperativa em vista do empoderamento dos cidadãos e de sua atuação social ativa. As capacidades, nesse contexto, têm um significado peculiar, qual seja, criar as condições necessárias para que as pessoas possam exercer a sua liberdade de escolher o tipo de vida que lhes dão razão para viver. Nesse sentido, Sen (2000, p. 29) destaca que: “Expandir as liberdades que temos razão para valorizar não só torna nossa vida mais rica e mais desimpedida, mas também permite que sejamos seres sociais mais completos”. A legitimidade moral, jurídica e política de uma sociedade bem-ordenada está na sua capacidade de investimento em políticas que garantam aos seus cidadãos a condição de agentes ativos. A negação dessa prerrogativa, segundo Sen, demonstra a recusa de estruturar as condições para a justiça social.

A visão das políticas públicas de forma emancipatória e tendo como referencial o capital humano torna-se estratégica pelo seu potencial de atuar não motivada pelo autointeresse, mas pelo compromisso democrático e republicano com a construção do bem comum, o que contempla o potencial de formação, valorização e incentivo do agente ativo e, portanto, não conformado com a sua exclusão. A inserção das políticas públicas nessa dinâmica de efetivação compreende, além da responsabilidade de todos, beneficiados, contribuintes e responsáveis pelo gerenciamento administrativo, também, dos líderes políticos, que se somam a compreensão de cidadania a partir dos direitos humanos e do esforço em vista da prevenção e superação de preconceitos e outras formas de classificação de pessoas que podem caracterizar injustiças, conforme destaca Sen, A necessidade de um entendimento da justiça assente nas realizações conseguidas liga-se ao argumento de que a justiça não pode ser indiferente às vidas que as pessoas podem efetivamente viver. A

importância da vida dos homens, das experiências e realizações não podem ser suplantadas pela informação que nos chega sobre instituições existentes e regras que funcionam. (2000, p. 57).

O exercício da autonomia tem seu significado alargado para o processo de escolha compreendendo o vigor de uma sociedade plural e integrada, alternativa à concepção que elege a liberdade individual ou a satisfação das necessidades pessoais como vetor da realização humana e da organização humana. Nessa dimensão se pode aclamar, com Sen (2010, p. 337), que, “Quando avaliamos a aptidão de uma pessoa para participar da vida da sociedade, vai implícita uma valoração da própria vida da sociedade, e nisso temos um aspecto particularmente importante da perspectiva da capacidade”. A percepção de que a atuação humana tem condições de superar o autointeresse como vetor principal de seu comportamento moral, implica também o reconhecimento da sua ação não atrelada à atuação protetora do Estado e, por ser objeto de nossa abordagem, dependente de programas assistencialistas ou de outras que configuram submissão aos objetivos dominados de ordem corporativa, de instituições ou daqueles que, por período acordado politicamente, tem a missão de gerir as próprias políticas públicas.

A opção pela promoção da condição de agente implica o reconhecimento do potencial das pessoas e as condições de operar as suas próprias escolhas livremente e desenvolvê-las em vista de poder influenciar a formatação da arquitetura social por meio de efetivos instrumentos de participação e decisão.

“A liberdade de escolha dá-nos a oportunidade de decidirmos o que havemos de fazer, mas com essa oportunidade vem também a responsabilidade por tudo o que façamos – isto é, na medida em que as nossas ações forem, ações escolhidas”. (SEN, 2010, p. 58).

É importante ressaltar o papel instrumental da expansão de capacidades na promoção de mudanças sociais, indo muito além da transformação econômica. O papel dos seres humanos, mesmo como instrumentos de mudança, pode ultrapassar a esfera da produção econômica — usualmente destacada pela perspectiva do “capital humano” — e abarcar também o desenvolvimento social e político.

As políticas públicas pressupõem a atuação primordial e propositiva do Estado como agente responsável pela efetivação da justiça social, uma vez que este dispõe de recursos, mecanismos e instituições para tal propósito. Nesse contexto, é fundamental considerar que “existem boas razões para que se veja a pobreza como uma privação das capacidades básicas, e não apenas como baixa de renda” (Sen, 2000, p. 35). A valorização e promoção das

capacidades humanas exige recursos relativamente menos expressivos quando comparados a outras áreas, cujos retornos são menos impactantes e exercem menor influência sobre a mudança social.

As políticas públicas voltadas para a promoção da condição de agente ativo do cidadão são determinantes para a consolidação da democracia e para a estabilidade social. Tal prerrogativa valoriza a pessoa em sua identidade individual, incluindo suas características culturais, geográficas e ambientais. Essa abordagem ampliada das capacidades humanas e do potencial de autonomia do indivíduo reforça o exercício de seus direitos e o cumprimento de suas responsabilidades.

4.4 A Iniquidade e as contradições sociais no século XXI

As primeiras décadas do século XXI são marcadas pela descrença na capacidade do projeto da modernidade resolver as questões mais significativas e ameaçadoras enfrentadas pela humanidade. O racionalismo, o cientificismo e os projetos totalizantes ou de desenvolvimento quando baseados prioritariamente no crescimento econômico não foram capazes de eliminar as guerras, a fome, os genocídios, as violações dos direitos humanos, as migrações forçadas e os refúgios de significativos contingentes humanos.

A epistemologia cientificista, hegemônica no decorrer século XX, produziu leituras cartesianas, lineares que escamotearam e colonizaram saberes locais e regionais ignorando culturas e saberes de diferentes povos, sem que com isso, conseguissem construir uma compreensão de mundo integrada e cooperativa ou então possibilitar a construção das condições de vida minimizando as iniquidades vividas pela humanidade. As situações que estão destacadas e os dados subsequentes demonstram como imperam, neste início de Século XXI, inúmeras circunstâncias de iniquidade que dificultam sobremaneira a condição de sujeitos ativos de parcelas significativas da população mundial e, desta forma, seguindo esta perspectiva, apontam para a necessidade da atuação do Estado por meio de políticas públicas que contribuam para a modificação desta realidade. Mesmo sabendo que não existe divisão estanque, mais sim vários elementos de interdependentes, agrupamos, com objetivo didático, a nossa análise a partir de dois eixos: econômico, analisando a concentração de renda e a mudança nas relações de trabalho e a sociocultural, tratando sobre a temática do analfabetismo e da imigração.

5. METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em Araguaína, a segunda maior cidade do Tocantins, que, em 2024, teve uma população estimada em 181.493 habitantes em uma área de 4.146,32 km². A cidade é um importante polo econômico dentro do Estado, destacando-se nos setores agrícola, pecuário, educação e saúde (IBGE, 2024).

5.1 Abordagem e Estratégia da Pesquisa

A presente pesquisa adota uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, conforme as classificações apresentadas por Gil (2008). A abordagem qualitativa foi escolhida por possibilitar uma análise detalhada das percepções, crenças e vivências dos usuários do transporte sanitário em Araguaína/TO, permitindo compreender os significados atribuídos a esse serviço no contexto do acesso à saúde.

De acordo com Gil (2008), pesquisas exploratórias são aquelas que têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, facilitando a construção de hipóteses ou o aprimoramento de ideias. Nesse sentido, este estudo busca compreender um tema ainda pouco abordado na literatura científica, como é o caso do transporte sanitário no município de Araguaína. Por outro lado, trata-se também de uma pesquisa descritiva, pois visa caracterizar o objeto de estudo, descrevendo suas principais características com base nos dados coletados.

5.2 Técnicas de Coleta de dados

Para alcançar os objetivos propostos, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, método que, conforme Silva et al. (2006), possibilita a obtenção tanto de informações objetivas quanto da compreensão dos significados subjetivos atribuídos pelos participantes às suas experiências. Será realizada análise de conteúdo, e análise com a utilização do software webQDA.

O roteiro das entrevistas foi cuidadosamente elaborado, contemplando questões objetivas e discursivas, questões essas descritas. As perguntas objetivas visaram traçar um perfil socioeconômico, educacional e cultural dos participantes, além de compreender aspectos da trajetória dos usuários do transporte sanitário. Já as questões discursivas foram formuladas para incentivar a reflexão dos entrevistados sobre sua condição sociopolítica, suas percepções acerca das vulnerabilidades sociais, o acesso a direitos e serviços, a construção da identidade social e a importância do seu espaço de fala e visibilidade social.

As questões objetivas abordaram aspectos destinados a traçar o perfil socioeconômico, educacional, cultural e à utilização dos serviços de saúde dos entrevistados. Entre os temas investigados, destacam-se a identificação étnico-racial, a presença de deficiência ou

necessidade de atendimento especial, o estado civil, a composição familiar e a renda per capita. Além disso, buscou-se identificar a principal fonte de renda familiar e a participação em programas do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. No que se refere ao acesso à saúde, foram levantadas informações sobre a existência de plano de saúde, acompanhamento por centros de referência municipais e a presença de doenças crônicas na família. Foram ainda exploradas informações sobre a localização da residência, a posse de bens além da moradia e a presença de idosos no núcleo familiar.

As perguntas discursivas estimularam uma análise mais aprofundada da vivência dos participantes com o transporte sanitário, incluindo aspectos como: percepção sobre a política pública vigente no município de Araguaína-TO, frequência de utilização do serviço, dificuldades enfrentadas no acesso, avaliação da acessibilidade para a população em geral, critérios considerados essenciais para a seleção e contratação de profissionais, relatos de incidentes ou acidentes no transporte, nível de satisfação com o atendimento e adequação do serviço às necessidades da população.

As entrevistas foram realizadas entre 23 de fevereiro e 23 de maio de 2024, totalizando 30 participantes, 15 pacientes que usam o serviço de transporte sanitário e 15 pacientes que aguardam a vaga na fila de espera. A coleta de dados ocorreu em diferentes contextos, tanto no ambiente das clínicas quanto durante o deslocamento dos pacientes para unidades de saúde, como o Renal Center e o Instituto de Doenças Renais do Tocantins (IDRT). A abordagem foi conduzida de maneira ética e respeitosa, garantindo que apenas aqueles que se sentissem confortáveis participassem da pesquisa.

A coleta concentrou-se, majoritariamente, no período da manhã, quando os pacientes estavam nas clínicas, e, em alguns casos, durante a madrugada, no deslocamento até as unidades de atendimento. Para a seleção dos participantes, utilizou-se a técnica de amostragem em bola de neve, conforme descrita por Vinuto (2014), método adequado para acessar populações específicas e de difícil alcance. Esse processo iniciou-se com um grupo inicial de entrevistados, que indicaram novos participantes, ampliando a rede de respondentes até a saturação teórica ser alcançada.

Além das entrevistas, realizou-se uma análise documental com base nos registros do Núcleo de Apoio Técnico (NatJus) de Araguaína e da Superintendência de Atenção Básica, examinando as demandas encaminhadas pela população entre os anos de 2012 e 2022. Esse levantamento permitiu aprofundar a compreensão das necessidades e reivindicações relacionadas ao transporte sanitário no município, contribuindo para uma análise mais abrangente e fundamentada sobre o tema.

5.3. Análise dos Dados e Ferramentas Utilizadas

Os dados coletados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, fundamentada nos pressupostos de Bardin (2011). Essa abordagem permite identificar categorias e padrões presentes nas entrevistas, indo além das palavras explícitas para captar sentidos implícitos e significados contextuais. Bardin (2011) destaca que a análise de conteúdo é especialmente útil para desvelar os significados subjacentes nas comunicações, permitindo uma interpretação sistemática e objetiva das mensagens analisadas.

Essa estratégia metodológica possibilita uma visão aprofundada e integrada da política pública de transporte sanitário em Araguaína, tanto no que se refere às práticas institucionais quanto às vivências dos usuários, contribuindo para a identificação de desafios e potenciais melhorias no acesso à saúde no município.

5.4 Aspectos Éticos e Legais

A presente pesquisa observou rigorosamente os preceitos éticos estabelecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo sido previamente aprovada sob o parecer nº 6.479.432 e CAAE 74234323.8.0000.0014. Todos os participantes foram devidamente informados acerca dos objetivos do estudo, das implicações de sua participação e dos princípios de confidencialidade e anonimato, sendo sua inclusão condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O transporte sanitário no município de Araguaína, surgiu a partir do aumento da judicialização do transporte sanitário, onde os pacientes em tratamento buscavam a garantia do acesso ao serviço, pelas vias judiciais, caminho esse que não deveria ser percorrido, pois a Constituição de 1988 garante que a saúde é direito de todos e dever do estado. Assim a luz do princípio constitucional, precisamos avançar no debate, sobre as políticas públicas, visando a garantia efetiva de forma administrativa a todos os usuários que necessitam do Transporte Sanitário, nacional, estadual ou municipal.

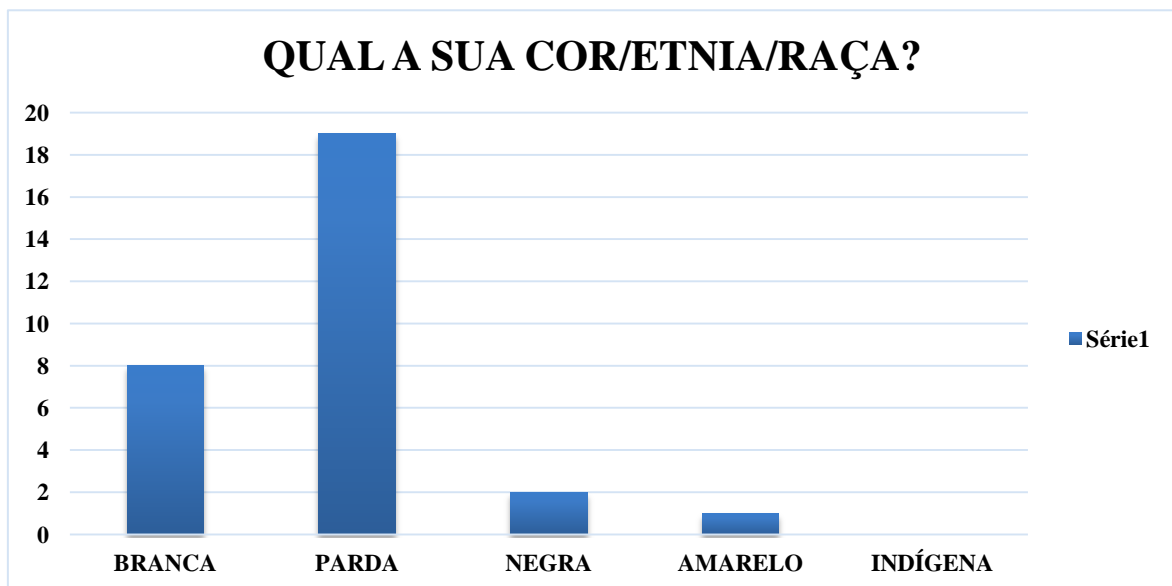
Neste capítulo, são apresentados os resultados alcançados, as discussões sobre os objetivos estabelecidos, e a verificação das hipóteses de pesquisa inicial.

6.1 Perfil Sociodemográfico dos Entrevistados: Análise das Questões Objetivas

Sobre o perfil sociodemográfico dos indivíduos que participaram da presente pesquisa, a análise dos dados obtidos por meio do levantamento realizado junto aos entrevistados permitiu a identificação de aspectos relevantes sobre a situação socioeconômica, educacional, cultural e à utilização dos serviços de saúde dos entrevistados.

Quanto, a identificação étnico-racial, conforme ilustrado no Gráfico 1, observou-se que a maioria dos entrevistados se autodeclara parda, seguida pelas categorias branca, negra, amarela e indígena. Este achado reflete a composição populacional brasileira, onde a população parda representa um percentual expressivo, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Gráfico 1: Perfil dos entrevistados por cor/raça/etnia

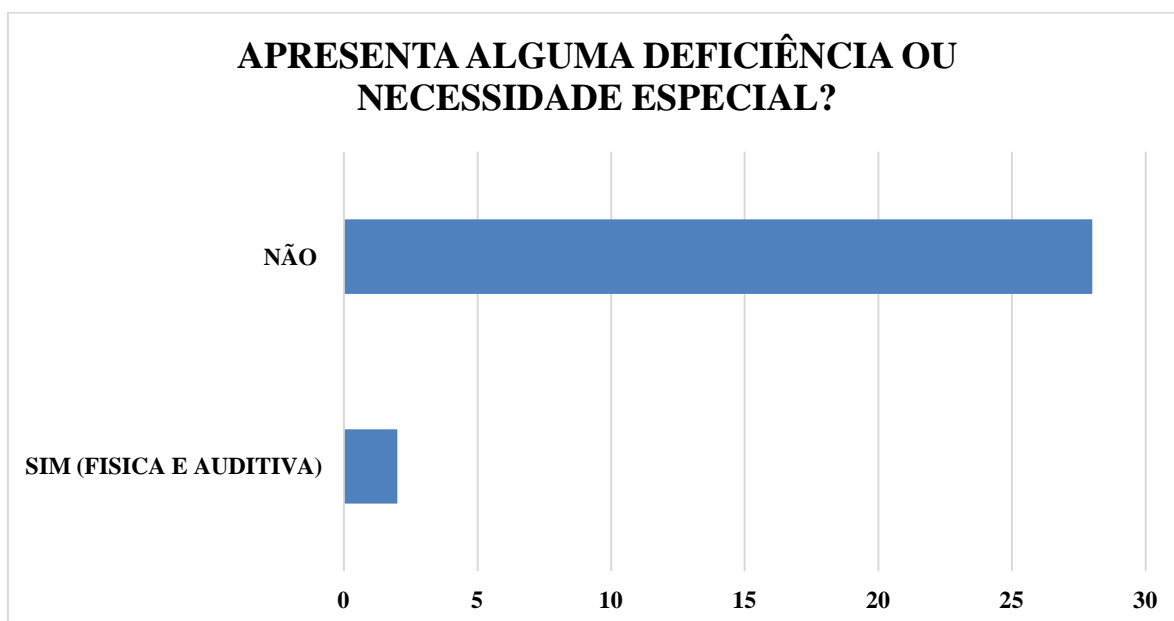


Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Em relação à presença de deficiência ou necessidade especial, verificou-se que a maioria dos participantes não apresenta tais condições, sendo identificados apenas alguns casos de deficiência física ou auditiva (Gráfico 2). Embora esses casos representem uma parcela menor da amostra, sua existência evidencia a importância de políticas públicas inclusivas que garantam **acessibilidade plena** e **equidade de oportunidades**. Sob a ótica de Amartya Sen, é essencial que as políticas sociais se voltem à **ampliação das liberdades substantivas** de todos os indivíduos, especialmente daqueles que enfrentam barreiras físicas, comunicacionais ou sociais. Nesse sentido, a inclusão não deve ser compreendida apenas como o fornecimento de recursos adaptados, mas como a **criação de condições reais** para que

essas pessoas possam exercer plenamente sua cidadania, desenvolver suas capacidades e participar ativamente da vida social em igualdade de condições com os demais.

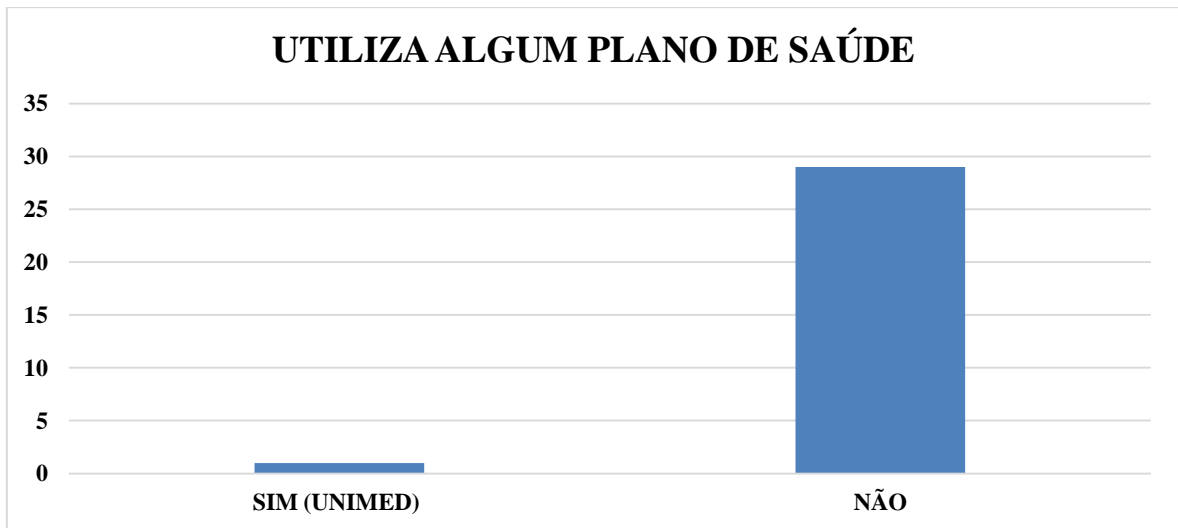
Gráfico 2: Presença de deficiência ou necessidade especial entre os entrevistados



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Conforme evidenciado no Gráfico 3, no que tange ao acesso a planos de saúde, a maior parte dos entrevistados não possui cobertura, sendo a Unimed a principal operadora entre aqueles que têm plano. Esse resultado indica uma dependência significativa do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento médico, o que pode impactar a qualidade e o tempo de acesso aos serviços de saúde. A partir da perspectiva de Amartya Sen, o acesso à saúde é um dos elementos fundamentais para a expansão das **capacidades humanas** — ou seja, das possibilidades reais de as pessoas viverem com dignidade e realizarem escolhas significativas em suas vidas. A limitação no acesso à saúde suplementar, combinada à sobrecarga dos serviços públicos, pode restringir essas liberdades, comprometendo não apenas o bem-estar físico, mas também a autonomia e a participação social dos indivíduos. Assim, os dados reforçam a necessidade de políticas que promovam **equidade no cuidado em saúde**, garantindo que todos, independentemente de sua condição socioeconômica, possam acessar serviços de qualidade em tempo oportuno.

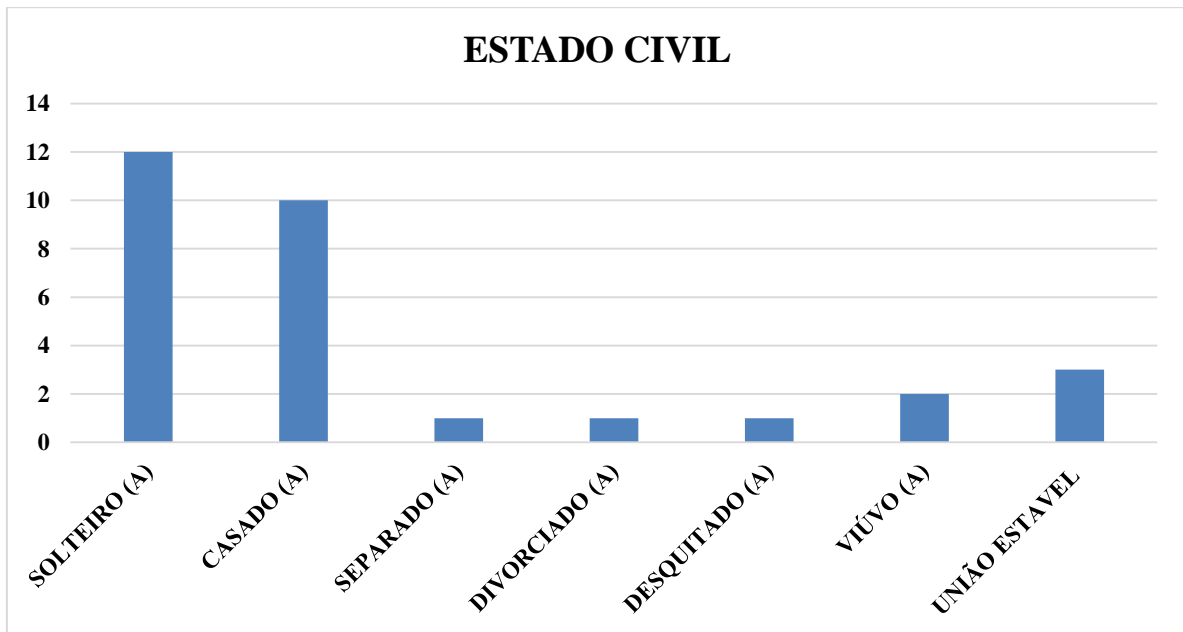
Gráfico 3: Acesso e Utilização de Planos de Saúde pelos Entrevistados



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

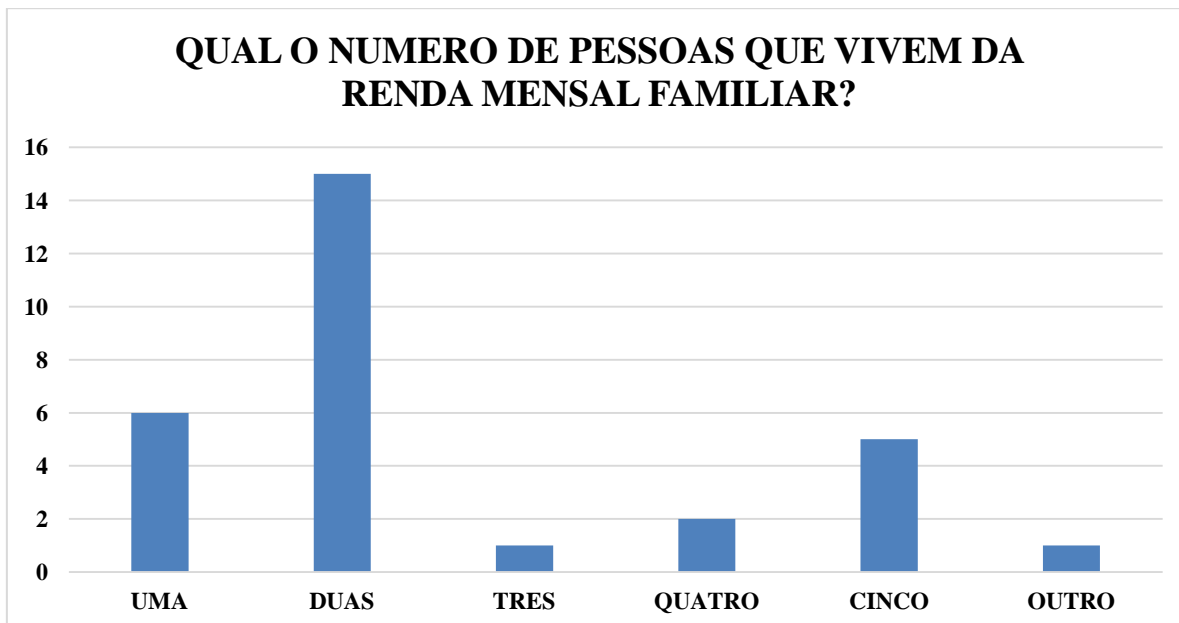
Conforme ilustrado no Gráfico 4, a análise do estado civil mostrou que a maioria dos entrevistados é solteira ou casada, enquanto estados civis como divorciado, viúvo e união estável apresentaram menor representatividade. Esse dado pode influenciar a dinâmica socioeconômica e a estrutura de apoio familiar. A partir da perspectiva de Amartya Sen, o estado civil pode interferir diretamente nas **liberdades substantivas** dos indivíduos, especialmente no que diz respeito à proteção social, à autonomia financeira e ao acesso a serviços e políticas públicas. Pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas, por exemplo, podem enfrentar maiores desafios na constituição de redes de apoio e no compartilhamento de responsabilidades econômicas e sociais, o que impacta sua **capacidade de escolha e de desenvolvimento pessoal**. Dessa forma, compreender a composição do estado civil permite uma leitura mais sensível das desigualdades, reforçando a importância de políticas públicas que levem em consideração essas nuances para garantir **equidade no acesso às oportunidades e ao bem-estar social**.

Gráfico 4: Estado Civil dos Entrevistados



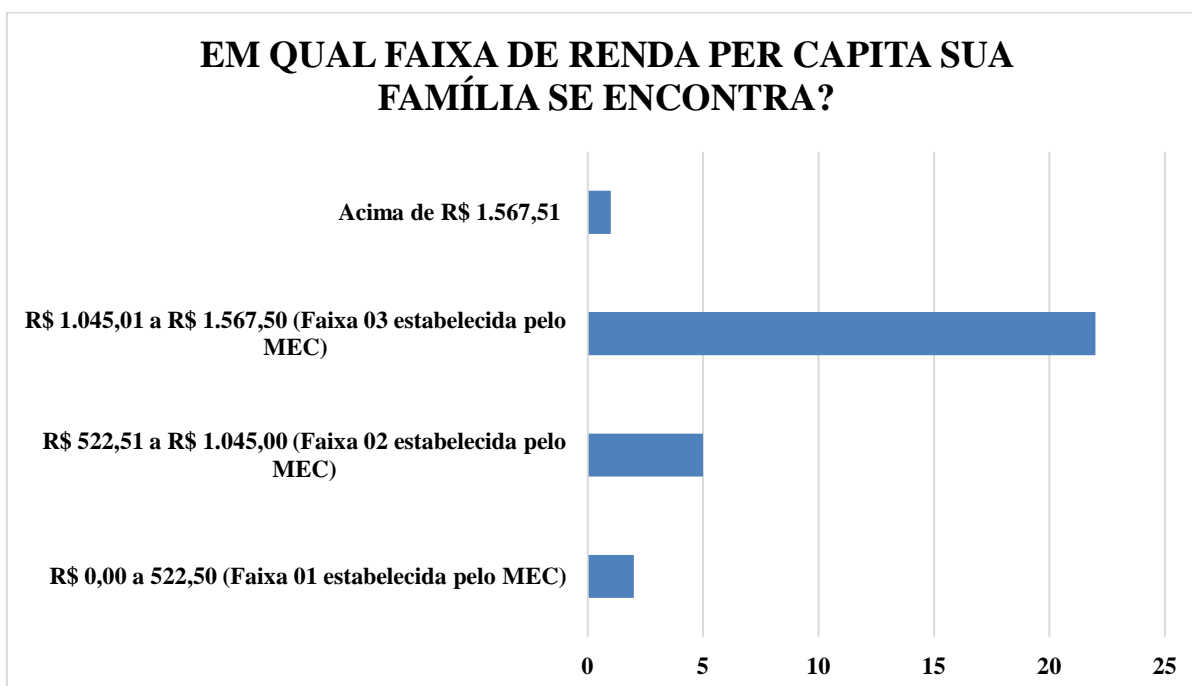
Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Conforme demonstrado no Gráfico 5, a composição familiar com base na renda mensal indicou que a maioria das famílias é composta por grupos de duas a cinco pessoas, seguido por domicílios unipessoais. Esse fator está diretamente relacionado às condições econômicas e ao custo de vida, influenciando o padrão de consumo e a estabilidade financeira das famílias. Sob a ótica de Amartya Sen, é importante considerar que a **renda per capita** em domicílios com maior número de membros tende a ser mais baixa, o que pode limitar o acesso a bens e serviços essenciais, como alimentação, saúde, educação e transporte. Além disso, famílias maiores podem enfrentar maiores desafios para garantir o desenvolvimento das **capacidades individuais**, especialmente em contextos de vulnerabilidade socioeconômica. Por isso, políticas públicas que considerem não apenas a renda total, mas também a **estrutura familiar e o contexto em que essa renda é distribuída**, são fundamentais para promover justiça social e igualdade de oportunidades reais.

Gráfico 5: Composição Familiar com Base na Renda Mensal Comum

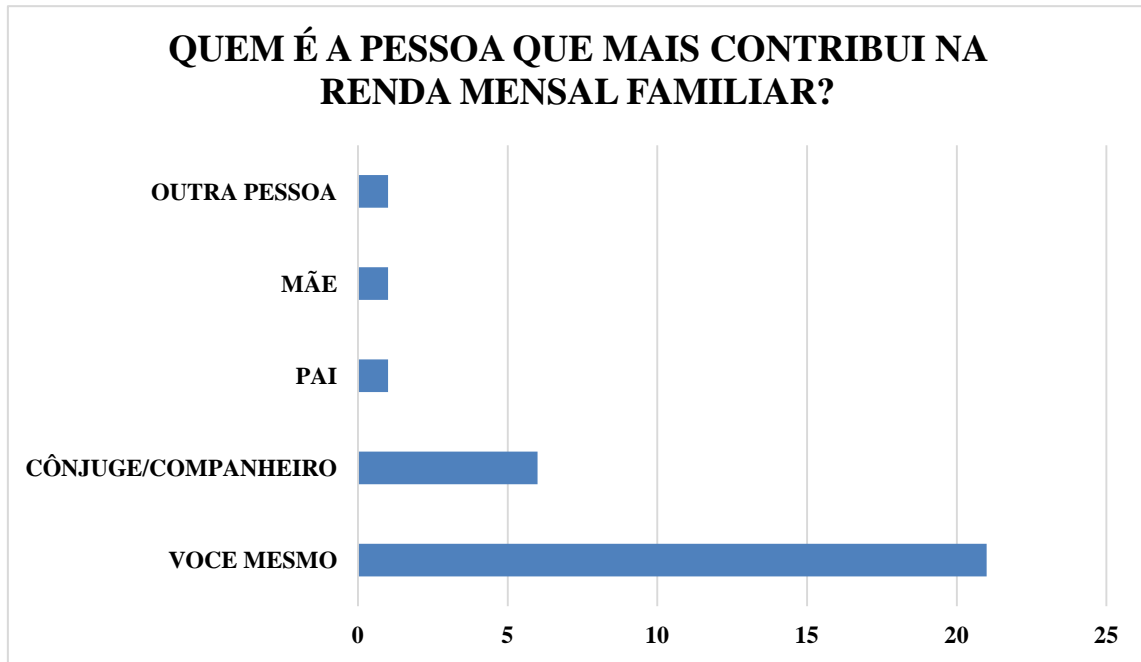
Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A partir da perspectiva de Amartya Sen, a renda per capita, embora seja um indicador relevante, não pode ser analisada isoladamente, pois não traduz, por si só, as reais oportunidades de vida disponíveis aos indivíduos. Sen propõe que o foco das políticas públicas deve estar nas **capacidades das pessoas** — ou seja, na liberdade que elas têm de viver a vida que valorizam. Nesse sentido, os dados apresentados no Gráfico 6 indicam que a maioria dos entrevistados está inserida em faixas de renda mais baixas (faixas 01 a 03, segundo o MEC), o que possivelmente limita seu acesso a serviços de saúde, educação de qualidade, transporte digno e demais recursos essenciais para o desenvolvimento pleno de suas potencialidades. Portanto, políticas públicas que busquem **reduzir desigualdades socioeconômicas** devem priorizar não apenas a elevação da renda, mas também a **ampliação das liberdades e capacidades reais** dessas populações, promovendo equidade e justiça social de forma mais efetiva.

Gráfico 6: Faixa de Renda Per Capita da Família

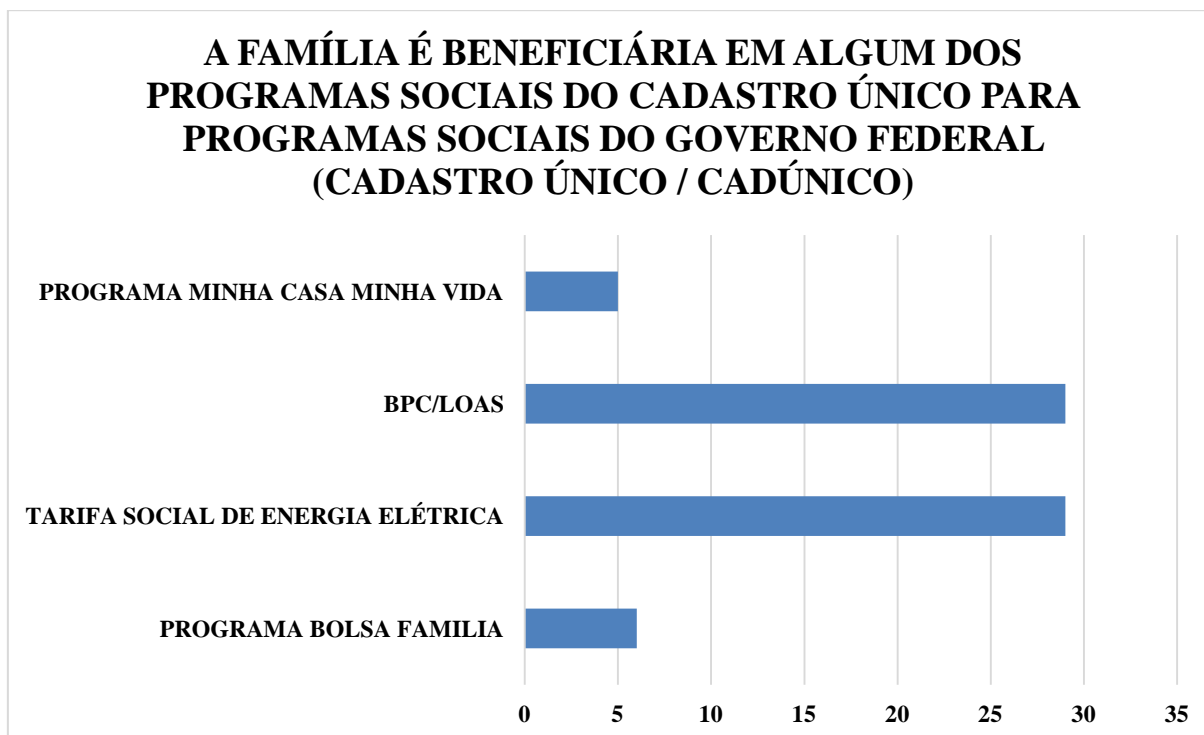
Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Sobre o principal responsável pelo sustento familiar, observou-se que a maioria dos entrevistados desempenha essa função, seguida por cônjuges ou companheiros e, posteriormente, pelos pais ou outros membros do núcleo familiar (Gráfico 7). Esse achado destaca a necessidade de suporte social para garantir a estabilidade econômica de famílias monoparentais e de trabalhadores informais. Na perspectiva de Amartya Sen, assumir sozinho a responsabilidade pelo sustento familiar pode representar uma limitação significativa das **liberdades substantivas**, especialmente quando não há respaldo de políticas públicas que assegurem proteção social, acesso à renda estável e condições dignas de trabalho. Famílias monoparentais ou com trabalhadores informais estão mais expostas à vulnerabilidade econômica, o que compromete diretamente a capacidade dos indivíduos de fazer escolhas livres e de construir trajetórias de vida dignas. Dessa forma, a presença de políticas que promovam **segurança econômica, equidade de gênero e inclusão produtiva** é essencial para que todos possam exercer plenamente suas capacidades e ter oportunidades reais de desenvolvimento.

Gráfico 7: Contribuinte Principal da Renda Mensal Familiar

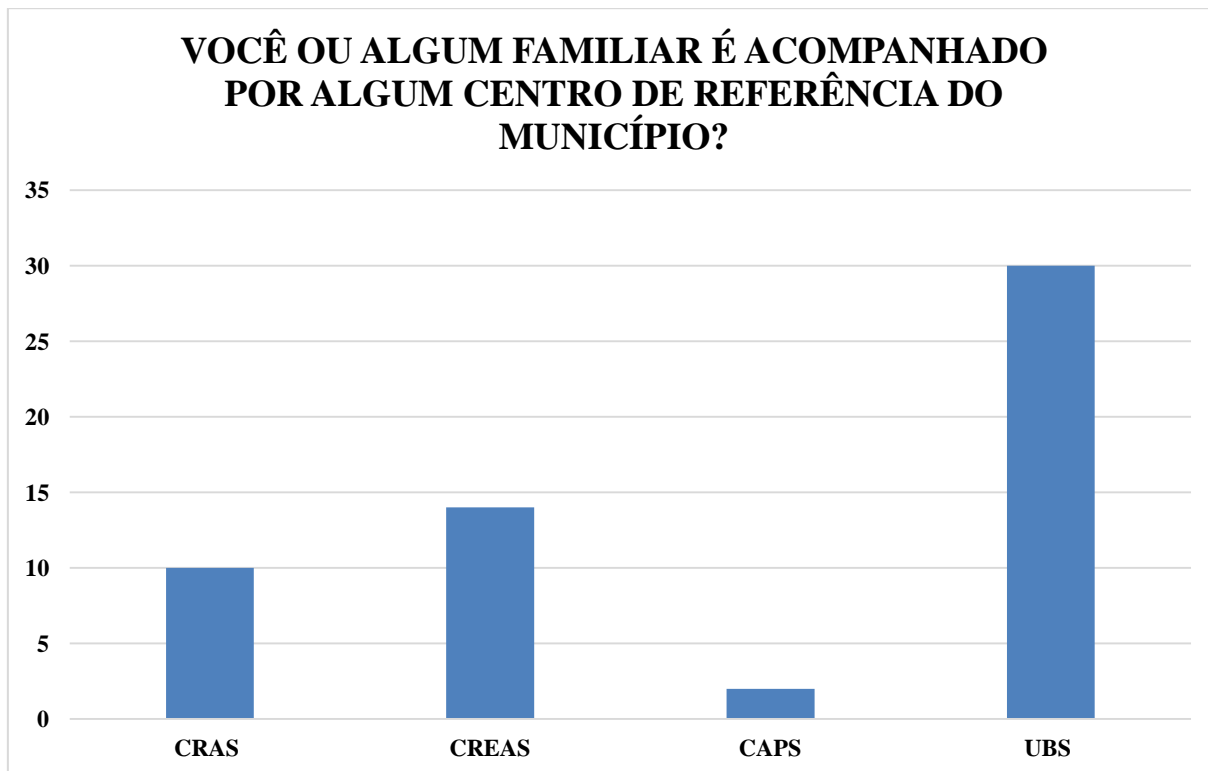
Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A participação em programas sociais revelou que um número expressivo de entrevistados ou seus familiares são beneficiários de auxílios governamentais, como Bolsa Família, Tarifa Social de Energia Elétrica, Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS) e Programa Minha Casa Minha Vida (Gráfico 8). Esse dado evidencia a importância das políticas de transferência de renda na redução da vulnerabilidade social. Sob a ótica de Amartya Sen, tais programas não devem ser vistos apenas como mecanismos de compensação econômica, mas como instrumentos fundamentais para a **expansão das liberdades reais** das pessoas. Ao garantir o acesso a bens e serviços básicos — como alimentação, moradia, energia elétrica e renda mínima — essas políticas contribuem diretamente para o fortalecimento das **capacidades individuais e coletivas**, permitindo que os cidadãos tenham condições mais equitativas de escolha e desenvolvimento. Além disso, ao reduzir a insegurança econômica, esses auxílios criam as bases para que famílias em situação de vulnerabilidade possam romper ciclos intergeracionais de pobreza e exclusão, promovendo uma inclusão social mais efetiva e sustentável.

Gráfico 8: Participação da Família em Programas Sociais do Cadastro Único

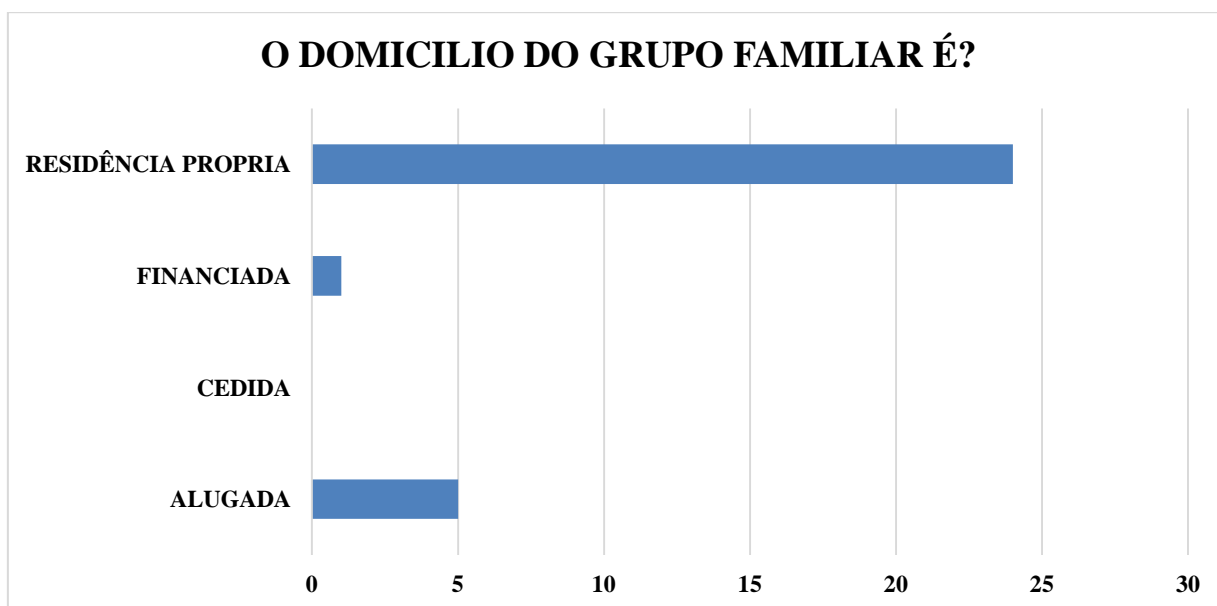
Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

No que se refere ao acompanhamento por centros de referência municipais, muitos entrevistados relataram serem atendidos por serviços como CRAS, CREAS, CAPS ou UBS (Gráfico 9). Esse acompanhamento desempenha um papel fundamental na assistência social e na promoção da saúde da população. A partir da perspectiva de Amartya Sen, esses serviços públicos são instrumentos essenciais para a **ampliação das capacidades** dos indivíduos, pois fornecem suporte nas dimensões da saúde física e mental, da proteção social e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Para Sen, a justiça social não se resume ao acesso formal a direitos, mas à criação de **condições reais para que as pessoas possam viver com dignidade, exercer sua cidadania e realizar escolhas significativas**. Assim, a presença ativa desses centros no cotidiano dos entrevistados demonstra o papel estratégico das políticas públicas na redução das desigualdades e na construção de caminhos concretos para o desenvolvimento humano integral.

Gráfico 9: Acompanhamento por Centros de Referência Municipais (Entrevistado ou Familiar)

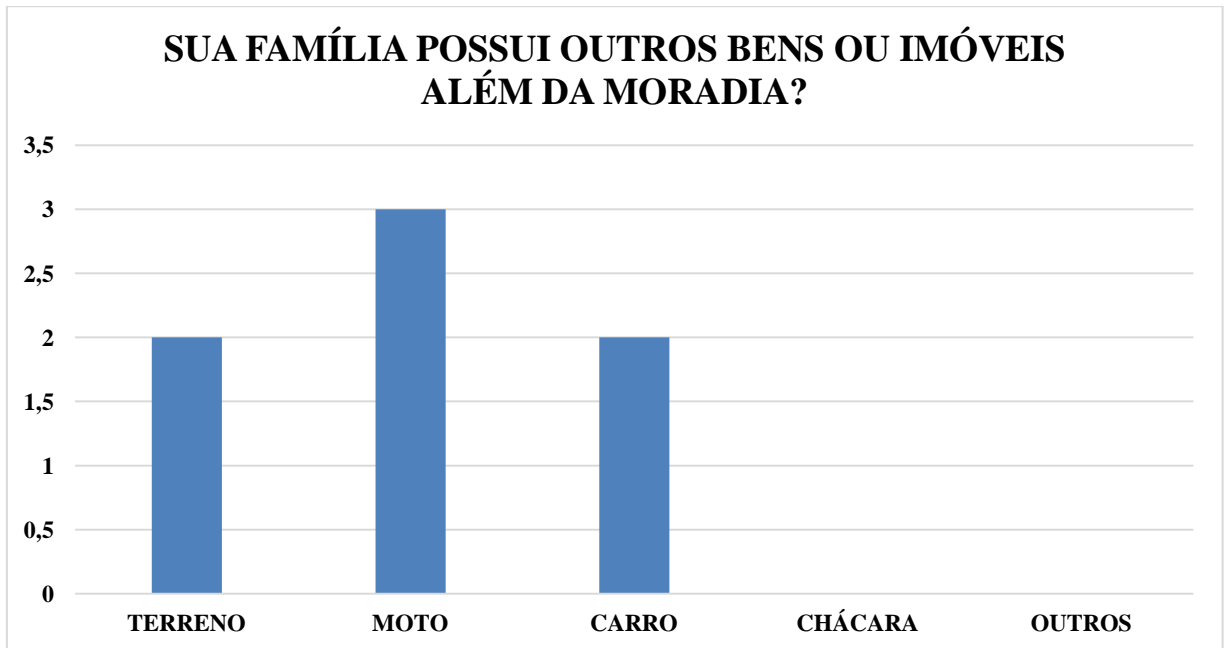
Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Em relação à moradia, constatou-se que a maioria dos entrevistados reside em imóveis próprios, enquanto outros habitam residências alugadas, financiadas ou cedidas (Gráfico 10). Esse dado é relevante para compreender o impacto da política habitacional e do acesso ao crédito imobiliário. Na perspectiva de Amartya Sen, o direito à moradia adequada vai além do abrigo físico: trata-se de uma **condição fundamental para o desenvolvimento das capacidades humanas**. A segurança habitacional influencia diretamente a saúde, a estabilidade emocional, o acesso a serviços públicos e a inserção no mercado de trabalho. Ter um lar próprio — ou ao menos seguro e regularizado — amplia as **liberdades reais** das pessoas, enquanto a precariedade ou a instabilidade na moradia limita suas possibilidades de escolha e de planejamento de vida. Assim, políticas habitacionais inclusivas, como o Programa Minha Casa Minha Vida, não apenas reduzem a carência de moradia, mas também contribuem para a **redução das desigualdades estruturais** e para o fortalecimento da cidadania.

Gráfico 10: Tipo de Moradia dos Entrevistados

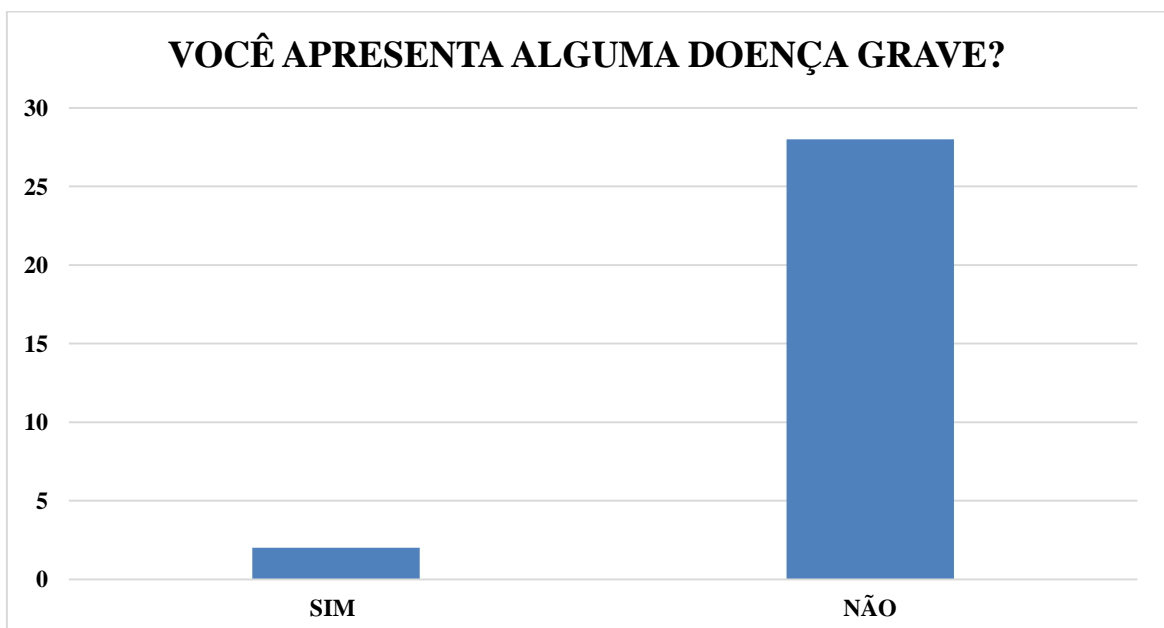
Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Além disso, identificou-se que algumas famílias possuem bens patrimoniais, incluindo terrenos, motos e carros (Gráfico 11). Essa posse pode estar associada a uma maior segurança econômica e mobilidade social. Na perspectiva de Amartya Sen, a propriedade de bens materiais contribui significativamente para a **expansão das capacidades** dos indivíduos, pois oferece maior autonomia, estabilidade e poder de escolha. A posse de um veículo, por exemplo, pode facilitar o acesso a serviços de saúde, educação e oportunidades de trabalho, enquanto a propriedade de um terreno representa um ativo que pode ser valorizado e utilizado de forma estratégica para a melhoria das condições de vida. Assim, mais do que indicadores de renda ou status, os bens patrimoniais devem ser compreendidos como **meios para o exercício das liberdades fundamentais**, atuando como suporte material que amplia as possibilidades de uma vida digna e autônoma. Políticas que promovam o acesso a esses bens, sobretudo por famílias em situação de vulnerabilidade, são fundamentais para o fortalecimento da justiça social.

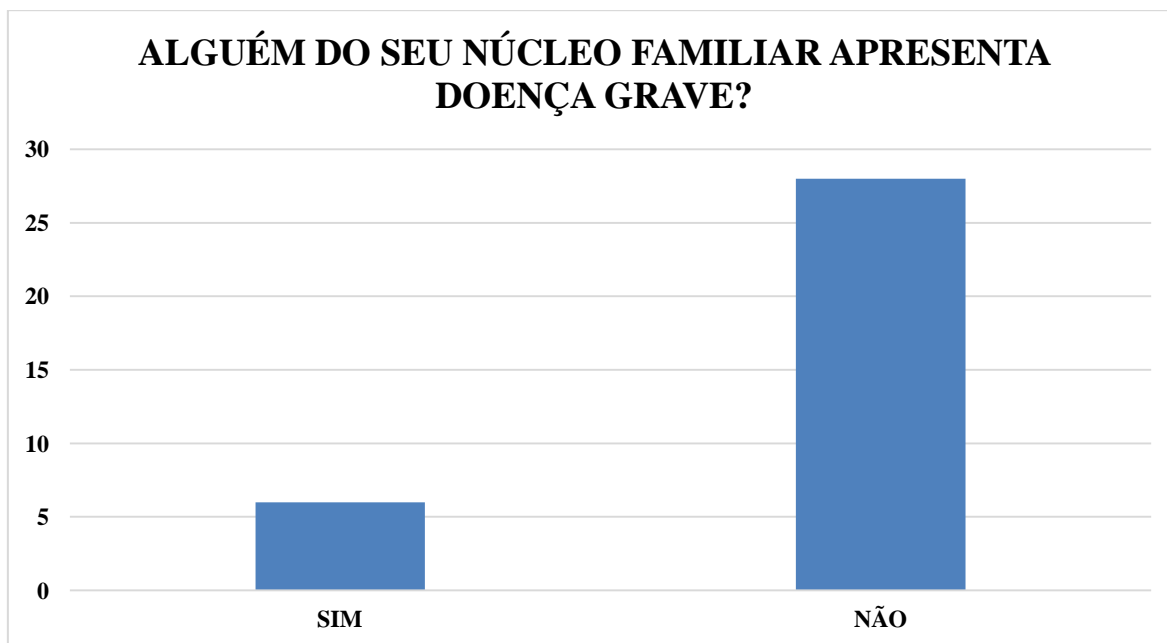
Gráfico 11: Propriedade de bens da família dos entrevistados

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

A saúde dos entrevistados foi analisada sob diferentes aspectos. A maioria relatou não apresentar doenças graves, enquanto uma minoria afirmou ter alguma enfermidade severa (Gráfico 12). Da mesma forma, a presença de pessoas com doenças graves no núcleo familiar foi relatada por uma parcela dos entrevistados (Gráfico 13), demonstrando a necessidade de suporte para essas famílias no acesso a tratamentos e acompanhamento médico adequado.

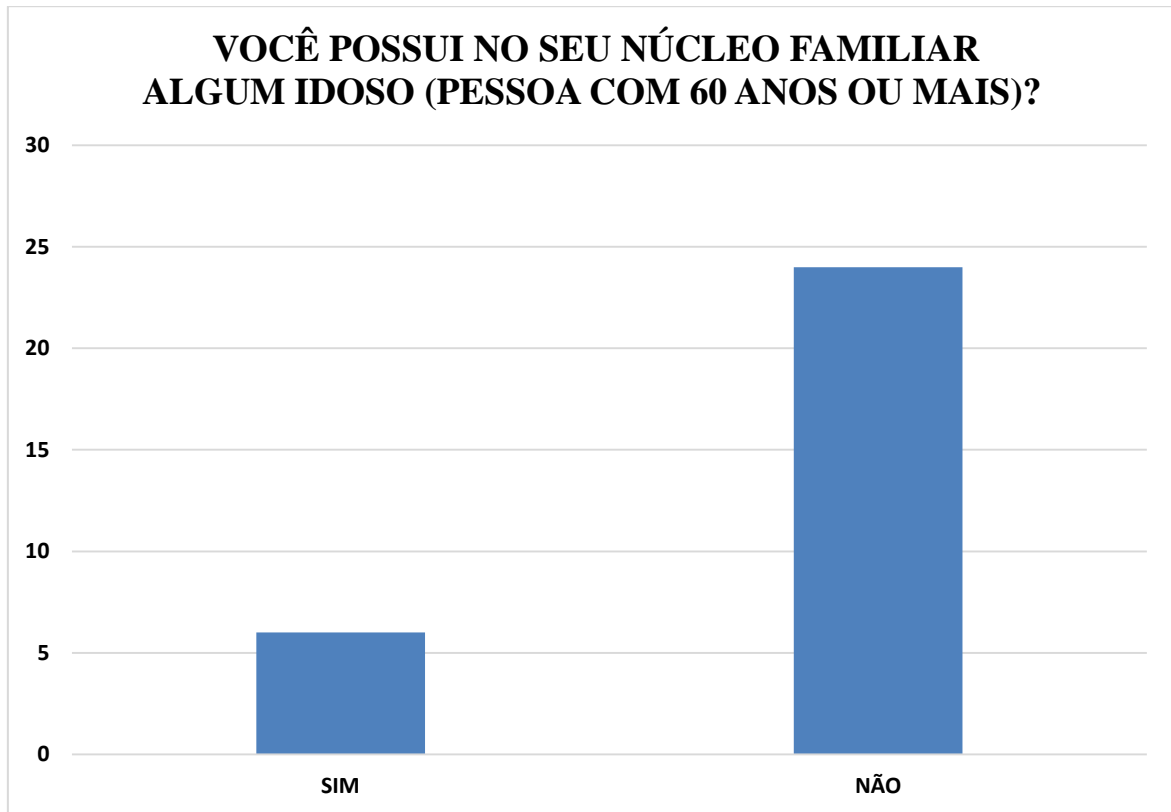
Gráfico 12: Presença de Doenças Graves entre os Entrevistados

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Gráfico 13: Presença de Pessoas com Doenças Graves no Núcleo Familiar

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

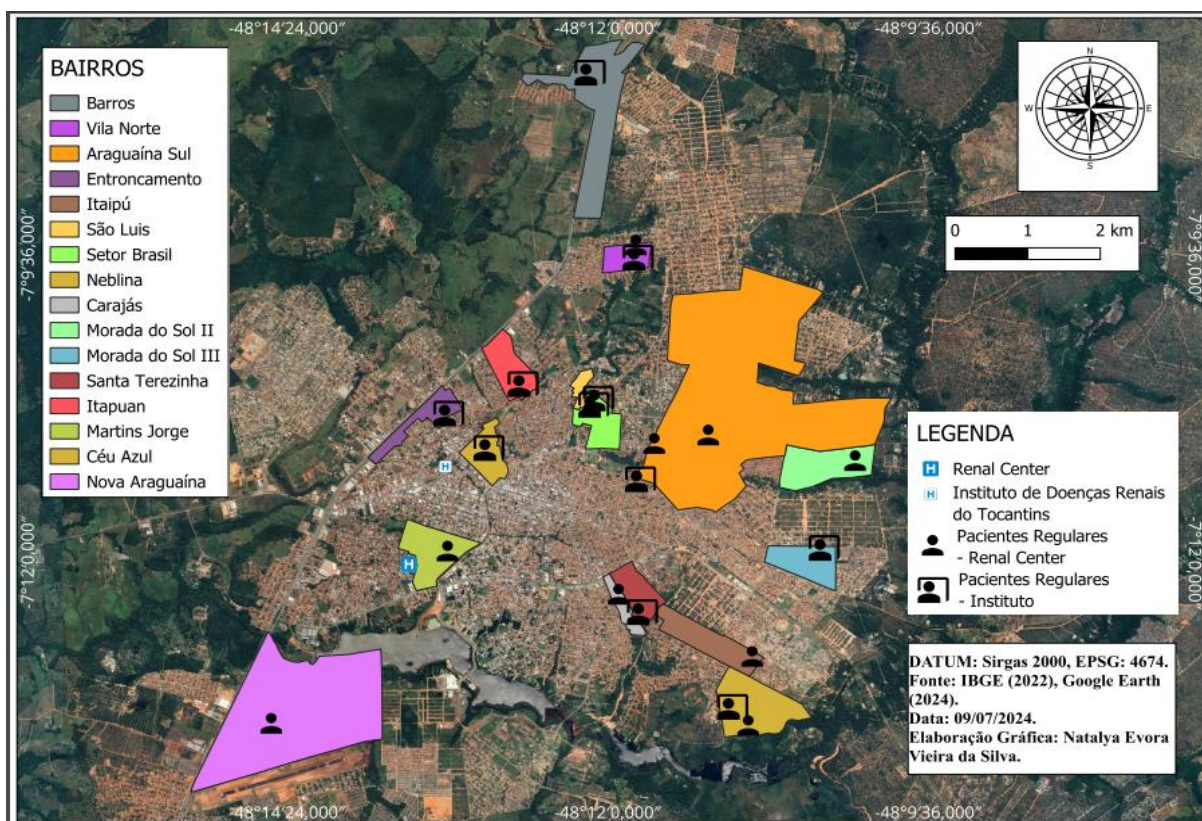
Por fim, verificou-se que uma parcela significativa dos entrevistados convive com idosos no núcleo familiar (Gráfico 14). Esse dado reforça a importância de políticas voltadas para o suporte à população idosa, garantindo melhores condições de vida e assistência para essa faixa etária. Sob a ótica de Amartya Sen, o envelhecimento com dignidade está diretamente relacionado à **preservação das liberdades e capacidades** dos indivíduos ao longo da vida. Isso inclui acesso contínuo a cuidados de saúde, participação social, segurança econômica e suporte familiar. Ao mesmo tempo, o convívio com idosos pode gerar demandas adicionais às famílias, sobretudo quando há ausência de políticas públicas adequadas, o que pode limitar a liberdade de escolha dos demais membros do núcleo familiar — especialmente das mulheres, que comumente assumem esse cuidado. Assim, torna-se essencial a presença de políticas públicas intersetoriais que garantam **proteção e valorização da pessoa idosa**, bem como **apoio às famílias cuidadoras**, promovendo justiça social intergeracional.

Gráfico 14: Convivência com Idosos no Núcleo Familiar

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

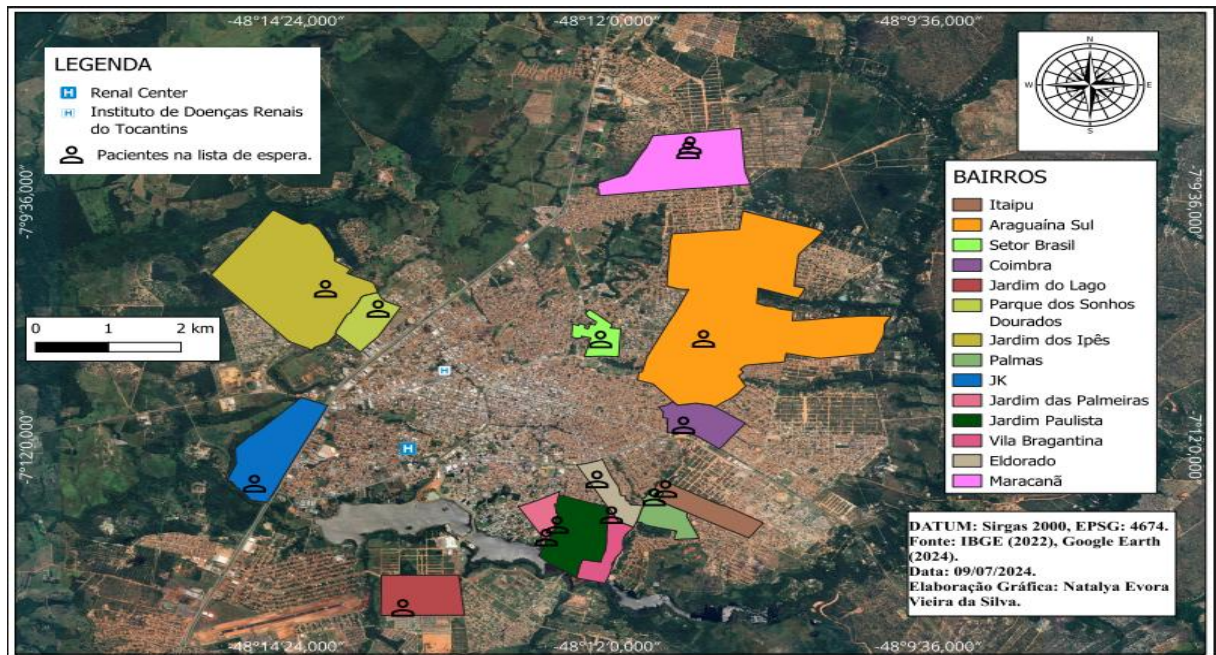
Além disso, de acordo com o perfil sociodemográfico dos entrevistados, destaca-se a territorialização como elemento estratégico na sociopolítica da distribuição dos serviços de saúde no município de Araguaína. Observa-se que os bairros com maior número de usuários ativos do transporte sanitário são o Setor Araguaína Sul, com três pacientes, e o Setor Brasil, com dois pacientes. Esses dados apontam para áreas de maior demanda e podem refletir tanto a carência de serviços de saúde mais próximos quanto a maior vulnerabilidade socioeconômica dessas regiões. Em contrapartida, outros bairros — como Martins Jorge, Nova Araguaína, Vila Norte, Neblina, Céu Azul, Itapuan, Entroncamento, Barros, Morada do Sol II, Morada do Sol III, Itaipu, Santa Terezinha e Carajás — apresentam um paciente cada utilizando o transporte, conforme evidenciado no Mapa 2.

Essa espacialização revela a dispersão e diversidade territorial dos usuários, o que exige da gestão pública estratégias que considerem as especificidades de cada território, desde aspectos geográficos até questões de infraestrutura e mobilidade. Assim, compreender a localização dos usuários permite um planejamento mais eficiente e equitativo do transporte sanitário, favorecendo a alocação racional de recursos e o fortalecimento da atenção à saúde em nível local.



Mapa 1: Espacialização de pacientes que utilizam o transporte sanitário no município de Araguaína – TO
Fonte: SILVA, Natalya Evora Vieira da (2024).

No que se refere à **espacialização dos pacientes que aguardam na lista de espera pelo transporte sanitário**, observa-se uma **maior concentração nos setores Maracanã e Jardim Paulista**, com dois residentes em cada. Já os demais setores — JK, Jardim dos Ipês, Parque dos Sonhos Dourados, Setor Brasil, Araguaína Sul, Coimbra, Palmas, Itaipu, Eldorado, Jardim das Palmeiras, Vila Bragantina e Jardim do Lago — apresentam **um paciente em espera** por setor, conforme representado no Mapa 3. Essa distribuição territorial evidencia a **dispersão da demanda pelo transporte sanitário na malha urbana**, o que pode representar um desafio logístico para o planejamento e a oferta do serviço, especialmente em regiões mais periféricas. A análise geográfica da fila de espera contribui para a identificação de **zonas prioritárias de atendimento** e reforça a necessidade de estratégias territorializadas que considerem não apenas a demanda quantitativa, mas também **as condições de acesso e deslocamento da população**, visando maior equidade e eficiência na gestão do transporte sanitário.



Mapa 2: Espacialização de Pacientes que Aguardam na Fila de Atendimento de Transporte Sanitário de Araguaína-TO

Fonte: SILVA, Natalya Evora Vieira da (2024).

Com isso, percebe-se que a distribuição geográfica dos usuários do transporte sanitário e daqueles que aguardam na lista de espera não apenas evidencia a demanda pelo serviço, mas também reflete possíveis desigualdades no acesso à saúde em Araguaína. A maior concentração de pacientes em determinados setores sugere a necessidade de uma ampliação da oferta nessas regiões, considerando que fatores socioeconômicos e estruturais podem influenciar diretamente a dependência desse transporte para a busca por atendimento. Além disso, a dispersão dos pacientes em diferentes bairros reforça o desafio logístico para a gestão do serviço, ressaltando a importância de estratégias que promovam uma distribuição mais equitativa e eficiente, garantindo que o transporte sanitário cumpra sua função de facilitar o acesso à saúde de maneira justa e inclusiva.

6.2 Percepção sobre o Transporte Sanitário: Análise das Questões Discursivas

O serviço de transporte Sanitário foi regulamentado pela Portaria N° 59/2021, onde passou a ser seguido o fluxo estabelecido pela Secretária de Saúde de Araguaína –TO, antes da portaria, o serviço funcionava por meio de decisão judicial, onde os pacientes que não tinham condições de arcar com as despesas de descolamento da sua residência até as clínicas: Renal Center e Instituto de Doenças Renais do Tocantins – IDRT, procuravam as portas de

acesso ao judiciária para garantia do direito ao serviço de transporte Sanitário, assim a secretaria era obrigada a fornecer o serviço, conforme determinação judicial.

No que tange aos procedimentos de análise de dados das questões discursivas, tomou-se como referência a análise de conteúdo (AC) qualitativa dos registros das sessões dialogadas e, posteriormente, foram agrupadas em um modelo misto de categorias. Abordagem da categorização na Análise de Conteúdo da pesquisa qualitativa obtida pelas entrevistas resultou na seguinte organização:

Quadro 4: Visualização das categorias e subcategorias propostas pela análise de conteúdo

Categoria de análise	Subcategorias
1. Acesso e Efetividade do Serviço de Transporte Sanitário	1.1: Disponibilidade e Acesso ao Serviço; 1.2: Qualidade do Atendimento e Satisfação; 1.3 Adequação do Serviço às Necessidades da População.
2. Gestão dos Profissionais e Segurança no Transporte Sanitário	2.1: Seleção e Qualificação dos Profissionais 2.2: Incidentes, Acidentes e Segurança no Transporte

Fonte: organizado pelo autor

Em relação a primeira categoria de análise: Acesso e Efetividade do Serviço de Transporte Sanitário, as respostas mostram, que o acesso ao transporte sanitário é um problema constante para muitos pacientes, e essa dificuldade está diretamente ligada à efetividade do serviço.

ENTR.P01 menciona: "Oito meses esperando... eu ligo e falam que tem que esperar... mas até quando?" Aqui, vemos um claro problema de acesso. O tempo de espera prolongado e a falta de uma resposta efetiva por parte da administração pública indicam uma ineficiência no serviço, prejudicando a efetividade do transporte sanitário.

ENTR.P03 fala sobre a fila de espera: "Eu moro na zona rural e já são oito meses de espera... Eu ligo, ligo, e eles falam que 'estão resolvendo', mas não vejo nada." A efetividade do serviço é comprometida, já que a promessa de resolver a situação não é cumprida, levando à frustração dos pacientes que dependem do transporte para o tratamento.

ENTR.P06 reforça: "Já faz seis meses que estou esperando o transporte... eu ligo toda semana e ninguém sabe dar uma resposta certa." A efetividade do serviço está sendo comprometida pela falta de organização e gestão, o que impede que o serviço funcione como deveria.

Essas respostas revelam que, além de um acesso difícil, o serviço não tem sido eficaz em garantir o transporte dos pacientes, demonstrando que a gestão do transporte sanitário precisa ser aprimorada.

Amartya Sen, em sua obra *Desenvolvimento como Liberdade*, afirma que o desenvolvimento não deve ser entendido apenas como o crescimento econômico, mas, sobretudo, como a expansão das liberdades reais das pessoas (Sen, 1999). Essas liberdades são definidas não apenas pela ausência de restrições, mas pela presença de oportunidades que permitem que os indivíduos escolham e realizem seus próprios objetivos. No caso do transporte sanitário em Araguaína-TO, o acesso ao serviço de saúde é diretamente influenciado pela capacidade dos cidadãos de acessarem o transporte necessário para realizar seus tratamentos médicos.

De acordo com os depoimentos coletados, muitos pacientes que dependem desse transporte enfrentam longas esperas e falta de informações claras sobre os horários e a disponibilidade do serviço. Como exemplificado pelas falas, "estou esperando faz tempo, oito meses" (ENTR.P01), ou "já faz seis meses que estou na fila" (ENTR.P06), podemos observar que a ineficiência do serviço no que tange ao acesso e à efetividade limita as liberdades dos cidadãos, impedindo-os de realizar tratamentos essenciais. Sen argumenta que quando as pessoas são impedidas de acessar serviços básicos como saúde, isso representa uma privação de liberdade, pois elas não têm a oportunidade de viver suas vidas da maneira que gostariam.

A efetividade do serviço também se relaciona com a noção de capacidades de Sen. Para ele, a efetividade de qualquer serviço público deve ser medida pela capacidade das pessoas de utilizá-lo de forma eficaz e sem obstáculos. Quando os pacientes relatam que o serviço de transporte chega atrasado ou até mesmo não chega, como mencionado por vários entrevistados ("já perdi consulta uma vez porque ninguém me buscou" – ENTR.P03), isso evidencia a falha em garantir a efetividade do serviço, resultando em uma restrição de liberdade para aqueles que dependem desse transporte.

Portanto, à luz da teoria de Sen, o transporte sanitário deve ser considerado um direito básico que expande as liberdades dos cidadãos, garantindo-lhes as capacidades necessárias para acessar cuidados médicos essenciais sem restrições injustas.

Quanto a categoria de análise *Gestão dos Profissionais e Segurança no Transporte Sanitário*, observamos que o comportamento dos motoristas e a segurança durante o transporte são questões que afetam diretamente a experiência dos pacientes.

ENTR.P09 menciona: "Às vezes tem motorista que não tem paciência com a gente." Isso reflete um problema na gestão dos profissionais. O comportamento dos motoristas pode impactar a qualidade do serviço,

pois a interação com pacientes em condições vulneráveis deve ser sempre respeitosa e empática.

ENTR.P06 relata: "Quando a gente pede informação, ninguém sabe dizer direito." A gestão da comunicação dentro do sistema de transporte também é fundamental. A falta de clareza nas informações fornecidas pelos profissionais contribui para a desorganização do serviço e pode comprometer a segurança dos pacientes, especialmente em situações em que a informação correta é essencial.

ENTR.P10 faz referência à segurança no transporte: "Já teve dia que o motorista pegou um caminho todo errado, demorou o dobro do tempo..." A segurança no transporte também é uma questão importante. A escolha inadequada de rotas pode aumentar o tempo de deslocamento e gerar desconforto ou riscos para os pacientes.

Além disso, a gestão dos profissionais também está ligada à eficiência do serviço e à segurança no transporte. Profissionais bem treinados, com comunicação clara e respeito pelas necessidades dos pacientes, podem garantir uma melhor experiência e segurança no transporte.

Sen também discute o conceito de justiça social e como as desigualdades de acesso a serviços essenciais afetam a vida das pessoas de forma profundamente injusta. Para Sen, uma sociedade justa deve assegurar que todos tenham as mesmas oportunidades de exercer suas liberdades de maneira plena, o que inclui a gestão dos profissionais que atuam em serviços essenciais, como o transporte sanitário. Quando a gestão não é adequada e a segurança dos pacientes não é garantida, isso configura uma falha na justiça distributiva, o que, em última instância, limita as capacidades dos indivíduos.

Os depoimentos de usuários indicam que em algumas situações, os profissionais do transporte sanitário demonstram falta de atenção e paciência com os pacientes, como exemplificado na fala: "Já vi motorista que não tem paciência com a gente, sabe?" (ENTR.P09). Essa falta de empatia e preparação profissional vai contra o conceito de capacidades de Sen, que enfatiza que os indivíduos devem ter as oportunidades necessárias para serem tratados com dignidade, sem ser expostos a riscos ou maus-tratos. De acordo com Sen, um serviço público deve ser bem gerido e acessível de forma justa, permitindo que as pessoas exerçam suas liberdades sem serem desrespeitadas ou expostas a condições de vulnerabilidade.

Além disso, a segurança dos pacientes durante o transporte é uma questão crucial para garantir que as pessoas não só tenham acesso aos serviços de saúde, mas também possam utilizá-los de forma segura e sem risco à sua saúde. Quando relatos indicam que o transporte sanitário não oferece a segurança necessária, como na fala "já teve vez de me colocarem num

carro errado, fui parar longe do hospital" (ENTR.P07), isso implica na falha em proporcionar um serviço que assegure a dignidade dos cidadãos, um valor central para Sen.

Em seu trabalho sobre justiça social, Sen sustenta que a distribuição justa de recursos e a gestão adequada dos serviços públicos são fundamentais para a construção de uma sociedade mais equitativa. No contexto do transporte sanitário, isso significa garantir que os profissionais sejam bem treinados e que o serviço seja seguro e eficiente para todos os cidadãos, sem discriminação ou negligência.

As falas dos usuários do transporte sanitário de Araguaína-TO refletem diretamente os desafios abordados por Amartya Sen em sua teoria sobre desenvolvimento e justiça social. O acesso e a efetividade do serviço de transporte sanitário, quando comprometidos, resultam em restrições de liberdade e privação de capacidades para os pacientes. Além disso, a gestão dos profissionais e a segurança no serviço impactam diretamente a justiça social, pois falhas nesses aspectos podem levar à desigualdade de tratamento e à injustiça distributiva.

Seguindo a teoria de Sen, a expansão das liberdades dos cidadãos de Araguaína depende da melhoria no acesso ao transporte sanitário, da efetividade do serviço e da gestão adequada dos profissionais, para garantir que todos tenham oportunidades reais de acessar o tratamento de saúde necessário de forma digna e segura.

6.3 Análise das Demandas Encaminhadas ao Núcleo de Apoio Técnico (NatJus)

Em relação a análise das demandas encaminhadas ao Núcleo de Apoio Técnico – NatJus, segue o quadro abaixo:

Quadro 5: Demandas Administrativas consultadas ao NatJus

ORIGEM	DEMANDAS ADMINISTRATIVAS		RESOLUTIVIDADE ADMINISTRATIVA DO NAT		DEMANDAS JUDICIALIZADAS		LIMINARES DEFERIDAS		LIMINARES INDEFERIDAS		
Defensoria Pública	2444		2141		303		173		130		
Ministério Público	1810		1494		316		199		117		
TOTAL	4.254	100 %	3.635	85,45%	619	100%	372	60,10%	247	39,90%	
					14,55%						

Fonte: NatJus. Elaborado pelo autor (2024).

O quadro acima demonstra o número de requerimentos encaminhados ao NAT pela Defensoria e Ministério Público, bem como pelos Magistrados (demandas relativas à fase extrajudicial e judicial respectivamente), que são respondidos previamente contemplando informações sobre a política pública da matéria consultada. Os dados também revelam a

resolutividade destas demandas e os efeitos consequentes da Judicialização (liminares deferidas e indeferidas).

Observado o quantitativo da tabela, ver-se que o NAT obteve resolutividade de 85,45 % das demandas acolhidas no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2022 oriundas da Defensoria e Ministério Público, ou seja, do total de 4.254 demandas consultadas ao setor, 619 (14,55 %) foram judicializadas e 3.635 (85,45%) resolvidas na esfera administrativa.

Cumprido destacar que o NAT em seus processos de trabalho promove dentro do seu âmbito de atuação, além da interferência na fase extrajudicial (quando é consultado pela Defensoria e Ministério Público), uma influência após a Judicialização, quando os magistrados reanalisam as políticas públicas indicadas nas notas técnicas elaboradas pelo setor, antes de deferir uma sentença em desfavor de entes federados (Municípios, Estados ou União).

Neste sentido, acentua-se que para uma maior eficiência na solução das demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde, a Secretaria Municipal de Saúde foi intensificada o diálogo com profissionais do Poder Judiciário, da Defensoria e Ministério Público, para que verifiquem as políticas públicas existentes, sendo o NAT importante para subsidiar tecnicamente os mencionados órgãos, com informações sobre matérias como dispensação de medicamentos, consultas, internações, cirurgias entre outras a que o judiciário e o SUS estão diretamente ligados.

O quadro a seguir demonstra quantas vezes os mencionados teores foram apresentados nas demandas registradas no período em referência, demonstrando que o maior número das demandas administrativas foi relacionado a consultas, seguido de medicamentos e exames respectivamente.

Quadro 6: Principais assuntos abordados nos ofícios encaminhados pela Defensoria e Ministério Público

Classificação	Quantidade de ofícios recebidos Adm. que apresentaram a referida classificação	Quantidade de ofícios Resolvidos Adm.	Quantidade de ofícios Judicializados
Alimentação especial	206	181	25
Cirurgia	340	332	8
Consulta	1.598	1.442	156
Correlato/Insumo	352	209	143
Drogadição	56	28	28
Exame	623	568	55
Medicamento	1.047	797	250
Tratamento	0	0	0

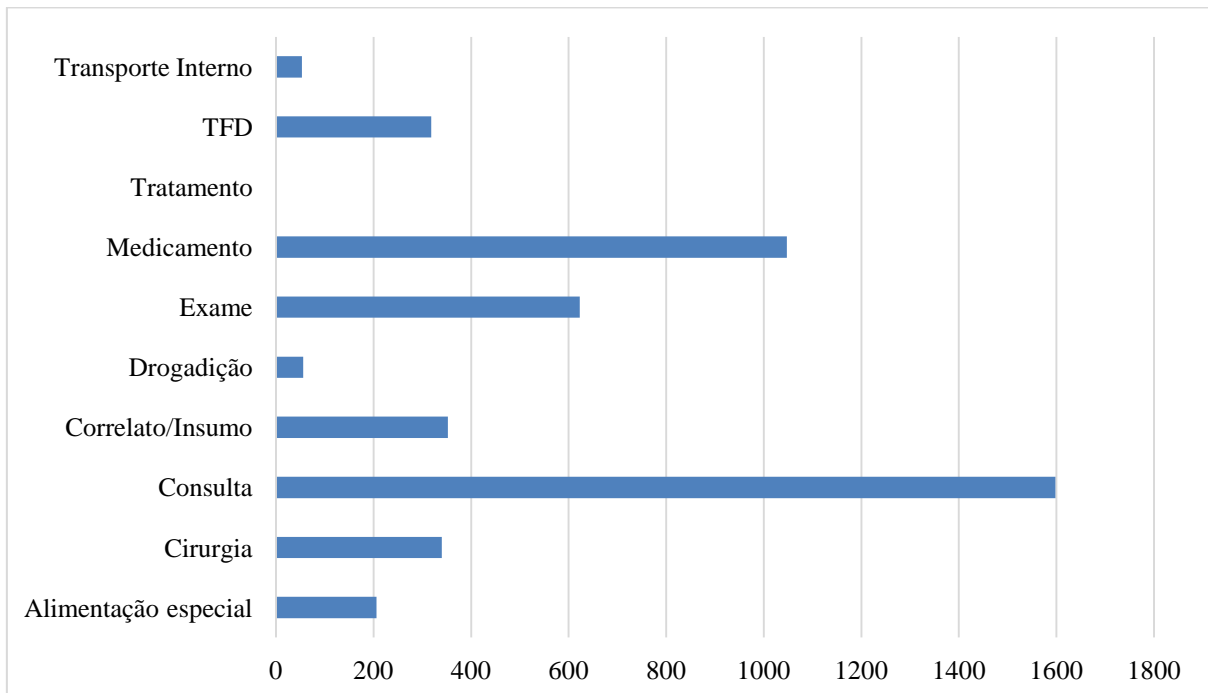
TFD	318	292	26
Transporte interno	53	41	12
TOTAL	4.593	3.890	703
Percentual	100,00%	84,69%	15,31%

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

O quadro acima mostra a somatória da quantidade de Ofícios recebido administrativamente, vale ressaltar que em 1 (um) Ofício pode ser abordado vários assuntos referentes a demanda do paciente, (insumos, medicamentos, consultas, exames etc.), assim foram recebidos de janeiro de 2012 a dezembro de 2022, o total de 4.593 Ofícios, oriundos da Defensoria Pública do Estado, Ministério Público e Vara de Execução Fiscal e Ações de Saúde Pública de Araguaína, Vara da Infância e Juventude de Araguaína. Assim esse Núcleo resolveu administrativamente 3.890 demandas (84,69%), tendo apenas 703 (15,31%) de ações judicializadas. Reforçamos que o maior número de processos judicializados no período foi referente a consultas, exames, medicamentos, seguidos de exames correlatos insumos e Tratamento Fora de Domicílio – TFD.

No que se refere aos principais assuntos abordados nos ofícios encaminhados pela Defensoria e Ministério Público, obtivemos os seguintes dados, estabelecidos no gráfico a seguir:

Gráfico 15: Principais assuntos abordados nos ofícios encaminhados pela Defensoria e Ministério Público

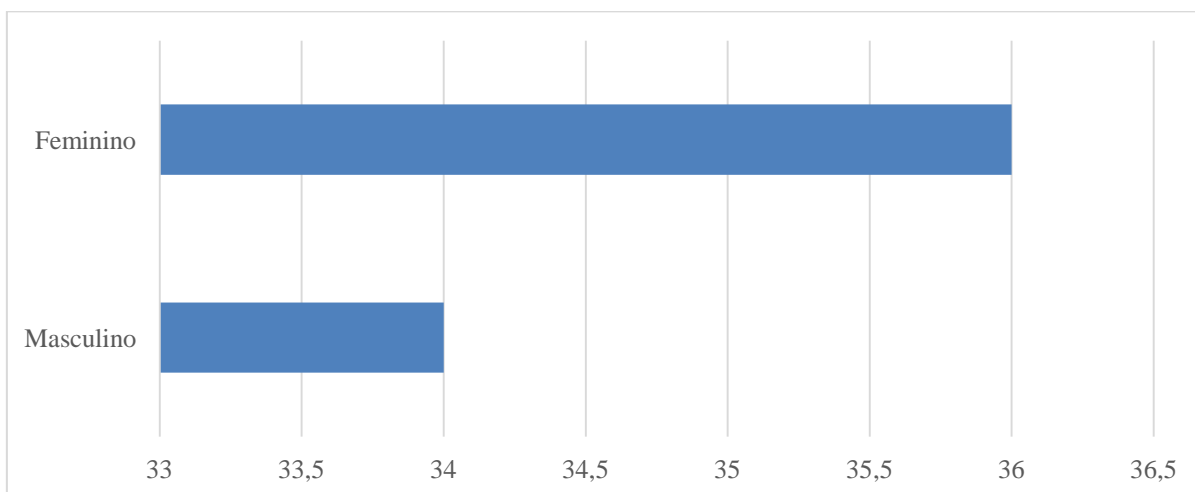


Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

De acordo com a pesquisa, as consultas a representa principal demanda mencionada nos ofícios, tendo numericamente a quantidade de 1.600 ofícios. Em segundo lugar, obtivemos a constatação de que medicamentos é a segunda maior demanda, com pouco mais de mil ofícios encaminhados à Defensoria e ao Ministério Público para reivindicar o fornecimento público desses insumos. Em seguida, exames é o terceiro principal assunto, com pouco mais de 600 ofícios. O TFD, correlato/insumo e cirurgias ficam entre 200 e 400 ofícios, permanecendo no patamar estatístico mais próximo. As menores demandas, no entanto, permanecem entre o transporte interno e a drogatização.

Além disso, considerando o gênero declarado pelos pacientes (Gráfico 16) nos ofícios encaminhados pela Defensoria e pelo Ministério Público, verifica-se que as mulheres representam a maioria, com 35 registros, enquanto os homens totalizam 34.

Gráfico 16: Gênero declarado pelos pacientes



Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

O Gráfico 16 indica que as mulheres são as principais responsáveis por buscar respaldo em relação aos direitos à saúde estabelecidos pela Constituição Cidadã de 1988. Dessa forma, infere-se que são elas que recorrem ao judiciário para garantir o acesso à assistência à saúde e a efetividade das Políticas Públicas previstas na referida Constituição.

6.4 Primeiras Impressões das Entrevistas com os Usuários

No dia 23 fevereiro de 2024, iniciei o procedimento de entrevistas com os pacientes usuários do serviço de transporte sanitário, juntamente com a Professora e Orientadora Lilyan, onde nos direcionamos até o setor lago sul IV, local da residência do motorista responsável, para iniciarmos o trajeto de busca dos pacientes, que teve início às 03:00 horas, e finalizando

às 05:00 horas da manhã nas clínicas Renal Center e Instituto de Doenças Renais do Tocantins – IDRT. Aferiu-se as seguintes dificuldades preliminarmente:

Infraestrutura deficiente do transporte sanitário: As vias de baixa qualidade e as limitações no embarque e desembarque geram desconforto e insegurança para os pacientes. Sob a perspectiva da teoria de Amartya Sen, a precariedade da infraestrutura restringe a capacidade dos indivíduos de acessar serviços essenciais, comprometendo sua liberdade de escolha e seu bem-estar.

Horário inadequado: O início do trajeto às 3h da manhã obriga os pacientes a acordarem extremamente cedo, resultando em cansaço antes mesmo da chegada às clínicas. Segundo Sen, a liberdade envolve a possibilidade de participação plena na vida. A privação do descanso adequado limita essa participação, afetando a qualidade das interações sociais e de saúde dos pacientes.

Impacto do cansaço na funcionalidade dos pacientes: O desgaste físico e emocional decorrente do horário e do longo trajeto compromete a disposição dos pacientes para os tratamentos. Para Sen, o desenvolvimento humano depende da capacidade de funcionar plenamente em todas as dimensões da vida. O cansaço extremo restringe essa funcionalidade, prejudicando a adesão aos cuidados médicos e afetando o bem-estar mental.

Ineficiência na escolha da rota: O percurso pode não ser o mais eficiente ou confortável, restringindo a autonomia dos pacientes. De acordo com Sen, a liberdade está diretamente ligada à capacidade de tomar decisões que favoreçam o próprio bem-estar. Quando os usuários não têm controle sobre a rota, sua liberdade de escolha é reduzida, afetando seu conforto e segurança.

A teoria de Amartya Sen permite compreender como as falhas no serviço de transporte sanitário impactam diretamente a qualidade de vida dos pacientes. A precariedade da infraestrutura, os horários inadequados, o cansaço extremo e a ineficiência da rota restringem a liberdade dos indivíduos de acessar cuidados médicos e gerir sua vida de forma autônoma. Melhorias nesses aspectos são essenciais para ampliar a capacidade dos pacientes de tomar decisões e garantir um transporte sanitário que favoreça seu bem-estar físico, mental e social.

6.5 A análise de Conteúdo com o Uso do Software webQDA

A análise qualitativa dos dados foi realizada utilizando a técnica de análise de conteúdo, com suporte do software WebQDA. Essa ferramenta permitiu a categorização e interpretação dos depoimentos dos entrevistados, facilitando a identificação de padrões e tendências nas percepções dos usuários do transporte sanitário. A metodologia empregada

apenas à acumulação de recursos materiais, mas à ampliação da liberdade real das pessoas, ou seja, à capacidade de fazer escolhas significativas e exercer controle sobre sua vida. No caso dos usuários do transporte sanitário, a falta de acesso a um serviço essencial como o transporte adequado e o atendimento de saúde afeta diretamente sua liberdade de viver de maneira plena, pois limita suas opções e compromete seu bem-estar. A espera prolongada e a falta de recursos necessários para garantir esse direito básico geram uma forma de privação, impedindo que os indivíduos possam exercer sua liberdade de escolha e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida.

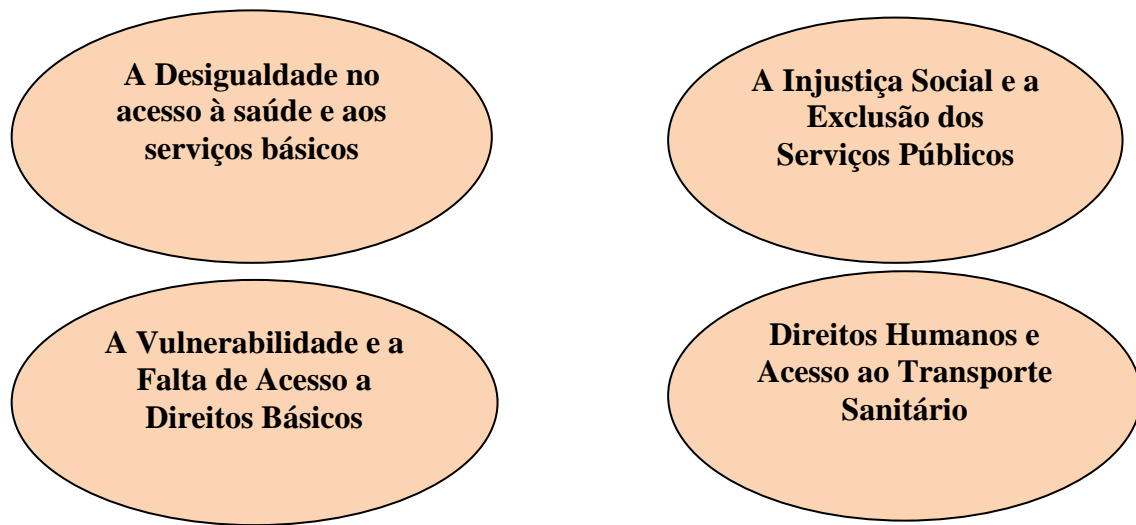


Figura 2: Percepções Acerca das Entrevistas com os Pacientes do Transporte Sanitário em Araguaína, TO.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

As entrevistas realizadas com os pacientes do transporte sanitário revelam uma série de dificuldades enfrentadas por eles, como a longa espera, a falta de acesso adequado ao serviço e a dependência de alternativas precárias. Esses relatos podem ser analisados a partir de uma base teórica que aborda temas como desigualdade, acesso à saúde, direitos sociais e a falta de infraestrutura básica. A seguir, são apresentadas algumas referências teóricas que ajudam a contextualizar essas percepções.

Os relatos dos pacientes, especialmente as queixas sobre a longa espera e a falta de transporte, evidenciam a desigualdade no acesso à saúde. Segundo Amartya Sen em sua teoria de "Desenvolvimento como Liberdade", o verdadeiro desenvolvimento se dá quando os indivíduos têm a liberdade de alcançar os recursos necessários para uma vida plena. No caso dos pacientes, a falta de transporte adequado limita sua liberdade de acesso ao tratamento

médico, o que impede a realização de escolhas significativas para a melhoria da sua saúde e qualidade de vida.

Sen (2000) argumenta que a liberdade substancial para a pessoa só pode ser alcançada quando as barreiras estruturais são removidas. No caso das falas dos pacientes, as barreiras como a falta de transporte adequado e a espera prolongada são claramente identificadas como limitadoras dessa liberdade.

A percepção de exclusão social é um tema amplamente discutido por autores como Nancy Fraser (2003), que fala sobre a distribuição justa de bens sociais e o reconhecimento das necessidades dos grupos marginalizados. Os pacientes relatam que, apesar de Araguaína oferecer oportunidades de trabalho, muitos se sentem esquecidos pela cidade, o que reflete uma distribuição injusta dos recursos e dos serviços públicos. Para Fraser, a falta de acesso a serviços essenciais como saúde e transporte reflete uma falha no reconhecimento dos direitos dos indivíduos e uma marginalização das necessidades dos mais vulneráveis.

Além disso, Raewyn Connell (2012) discute as desigualdades sociais em suas diferentes formas, enfatizando que a exclusão de determinados grupos sociais – especialmente os que vivem em áreas periféricas ou rurais – perpetua um ciclo de desigualdade estrutural. A distância entre as zonas rurais e os centros urbanos, como mencionada pelos pacientes, é um exemplo claro de como a geografia da desigualdade impacta o acesso a direitos básicos.

A vulnerabilidade social dos pacientes também é um tema que permeia os relatos coletados. A dependência de favor para o transporte e a falta de alternativas adequadas refletem uma condição de vulnerabilidade que impede os indivíduos de usufruírem plenamente de seus direitos. Essa questão é abordada por Zygmunt Bauman (2007) em seus estudos sobre a sociedade líquida, onde ele descreve como as estruturas sociais fragilizam os direitos dos indivíduos e criam uma sensação de insegurança permanente, especialmente entre os grupos marginalizados.

Além disso, o conceito de capacidade de Amartya Sen também pode ser utilizado para entender a situação dos pacientes. A capacidade é a habilidade de uma pessoa de alcançar o que ela valoriza, e a falta de transporte sanitário compromete diretamente essa capacidade. Os pacientes não têm a liberdade de escolher como acessar o tratamento necessário, o que os impede de alcançar a saúde e o bem-estar pleno.

Outro ponto relevante é o direito ao transporte sanitário, que, conforme evidenciado nas falas dos pacientes, está sendo violado pela longa espera e pela falta de prioridade. De acordo com John Rawls (1971) e sua teoria da justiça como equidade, todos os cidadãos devem ter acesso a uma distribuição justa dos recursos sociais, incluindo a saúde e o

transporte. A falha no cumprimento desse direito básico, que é fundamental para garantir a igualdade de oportunidades, configura uma injustiça no sistema.

Os relatos dos pacientes do transporte sanitário evidenciam uma realidade de desigualdade no acesso à saúde, exclusão social e uma falta de estruturas adequadas para garantir o direito ao tratamento médico. A teoria de Amartya Sen sobre o desenvolvimento como liberdade ajuda a compreender como a ausência de um transporte adequado limita a capacidade dos pacientes de acessar o tratamento necessário, afetando suas escolhas e qualidade de vida. Além disso, as discussões sobre justiça social e vulnerabilidade social de autores como Nancy Fraser (2008) e Zygmunt Bauman (2004) demonstram como as desigualdades estruturais contribuem para a marginalização desses indivíduos. Para garantir o acesso pleno a direitos básicos, é necessário um planejamento adequado do sistema de transporte sanitário, com a priorização das necessidades dos pacientes, especialmente daqueles em situação de vulnerabilidade, e a transparência nas listas de espera. Isso garantirá um maior reconhecimento dos direitos dos pacientes e um avanço rumo a uma sociedade mais justa e igualitária.

6.6 Efetividade do Transporte Sanitário e Impacto na Vida dos Usuários

A efetividade do transporte sanitário transcende a simples disponibilidade de veículos para deslocamento de pacientes, configurando-se como um elemento estruturante da equidade sem acesso aos serviços de saúde. Em Araguaína, essa política pública desempenha um papel crucial na redução das barreiras geográficas e socioeconômicas que limitam o direito fundamental à saúde. Sob uma ótica de desenvolvimento como liberdade, conforme proposto por Amartya Sen, o transporte sanitário representa não apenas um meio de locomoção, mas um instrumento que amplia as oportunidades dos indivíduos, permitindo-lhes acesso a serviços essenciais para a manutenção de sua saúde

Para muitos usuários, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade social, a existência do transporte sanitário é um fator determinante para a adesão a tratamentos médicos, vistos que dificuldades financeiras frequentemente inviabilizam o deslocamento autônomo até as unidades de saúde. Nesse sentido, o serviço configura-se como uma estratégia fundamental para mitigar desigualdades estruturais e garantir a continuidade dos cuidados médicos necessários.

No entanto, a efetividade desse serviço não se resume à sua disponibilidade, mas à sua capacidade de fornecer deslocamentos seguros, confortáveis e pontuais. Relatos de usuários indicam que trajetórias prolongadas, infraestrutura incompleta e falta de um planejamento

eficiente de rotas impactam níveis de experiência dos pacientes, resultando em desgaste físico e emocional. Em casos mais graves, a ausência de transporte ou sua ineficiência pode levar à perda de consultas e sessões de tratamento, comprometendo a evolução clínica dos pacientes e, conseqüentemente, reduzindo sua qualidade e expectativa de vida.

Diante desse cenário, é necessário que uma política pública de transporte sanitário seja continuamente aprimorada, considerando as necessidades específicas dos usuários. Investimentos na ampliação da frota, na otimização das rotas e na qualificação dos profissionais envolvidos são fundamentais para a melhoria da qualidade do serviço. Além disso, a implementação de mecanismos sistemáticos de monitoramento e avaliação possibilita ajustes contínuos na gestão, garantindo que a política cumpra sua função social de maneira eficaz e humanizada.

Para garantir que o transporte sanitário funcione de forma eficiente, não apenas reduza a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, mas também promova a dignidade dos indivíduos que dele dependem. Desta forma, mais do que um serviço de suporte, o transporte sanitário se consolida como uma ferramenta essencial para garantir que todos os cidadãos tenham acesso efetivo ao direito à saúde, promovendo maior autonomia e bem-estar.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das reflexões apresentadas ao longo deste estudo, torna-se imperativo propor encaminhamentos que contribuam para a melhoria das condições de acesso e permanência dos usuários do transporte sanitário em Araguaína/TO. A pesquisa evidenciou que, embora existam esforços institucionais voltados à garantia desse direito, ainda persistem obstáculos estruturais e gerenciais que comprometem a plena efetivação do serviço. Tais dificuldades estão diretamente relacionadas à vulnerabilidade social dos usuários, o que reforça a necessidade de adoção de medidas que assegurem a equidade na distribuição dos recursos e a qualidade do atendimento.

Assim, propõe-se a implementação de um sistema de controle e monitoramento do transporte sanitário, que inclua a criação de um banco de dados atualizado sobre os usuários e suas necessidades, permitindo uma gestão mais eficiente, transparente e justa. Além disso, recomenda-se a adoção de critérios objetivos e equitativos para a alocação dos serviços, com prioridade para os grupos em situação de maior vulnerabilidade social e econômica.

Outra medida essencial é o aprimoramento da comunicação entre os gestores públicos, os profissionais de saúde e os usuários, promovendo a participação ativa da sociedade na formulação e avaliação das políticas públicas. Para isso, sugere-se a criação de canais de atendimento acessíveis, que possibilitem a expressão de demandas e reclamações de forma ágil, promovendo maior transparência e responsabilidade na gestão.

Também se destaca a importância de capacitar os profissionais envolvidos no transporte sanitário, a fim de garantir um atendimento humanizado e eficiente, considerando as condições específicas de cada paciente. Ademais, recomenda-se o estabelecimento de parcerias institucionais com organizações da sociedade civil e universidades, para o desenvolvimento de pesquisas e soluções inovadoras que possam otimizar o serviço e ampliar sua cobertura.

À luz da teoria das capacidades de Amartya Sen, reafirma-se que o direito ao transporte sanitário não se limita ao deslocamento de pacientes, mas está intrinsecamente vinculado à garantia de acesso à saúde, à dignidade humana e à ampliação das liberdades reais. Dessa forma, a gestão desse serviço deve estar orientada por princípios de justiça social, transparência, eficiência e participação popular.

Com as propostas aqui apresentadas, espera-se contribuir para o aprimoramento das discussões sobre políticas públicas de mobilidade voltadas à saúde, e que este trabalho sirva como referência para a formulação de soluções mais justas, eficazes e sustentáveis para os desafios enfrentados por populações em situação de vulnerabilidade. Reafirma-se, assim, a necessidade de um compromisso contínuo dos gestores públicos, profissionais de saúde e da sociedade como um todo na construção de um transporte sanitário mais eficiente, acessível e humanizado.

REFERÊNCIAS

ARAGUAÍNA. Revisão do Plano Diretor de Araguaína (TO). Relatório técnico final. Novembro/2004.

BAUMAN, Zygmunt. *Wasted Lives: Modernity and Its Outcasts*. Cambridge: Polity Press, 2004.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BAZOLLI, J. A., Oliveira, M. C. A., & Pereira, O. C. M. (2017). Regularização fundiária – nova lei – velhas práticas: caso de Araguaína – Amazônia Legal. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, 7(2), 215-230.

BECKER, Bertha. *Geopolítica da Amazônia: A nova fronteira de recursos*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 09 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

BRASIL, Ministério da Saúde. *Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 144 p. (Série Pactos pela Saúde; vol. 02)

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, n. 2, Rio de Janeiro, 2003.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. *Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS* / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 82 p.

CONASS. *SUS: avanços e desafios* / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

CONASS. *SUS 20 anos – Progestores*. Brasília: CONASS, 2009.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. *Sistema Único de Saúde - SUS: princípios*. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. *Cadernos de Saúde: Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap. 2, p. 11-26.

FRASER, Nancy. *Escaping the Economy of Recognition: Justice, Equality and Democracy*. Cambridge: Polity Press, 2008.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, vol. 1, n. 1, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2024.

MACHADO, Adriana G. M.; WANDERLEY, Luciana C. S. *Educação em Saúde. UMA-SUS/ UNIFESP*. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade09/unidade09.pdf. Acesso em: 22 nov. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As políticas de saúde no Brasil nos anos 80; a conformação da reforma Sanitária e a construção de hegemonia do projeto neoliberal*. In: Mendes, Eugênio Vilaça (org.) *Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. HUCITEC/ABRASCO, p. 19-91.

NEVES, Laura Maria Tomazi; ACIOLE, Giovanni Gurgel. *Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família*. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 2010.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios – Séries. In: *THE LANCET: Saúde no Brasil* – maio 2011. p. 11-31. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf. Acesso em: 20 set. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. *Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios*. Texto elaborado para a Comissão de Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde da ABRASCO, como subsídio aos debates da 13ª Conferência Nacional de Saúde, outubro de 2007.

PIRES, Vilara M. M. Mendes; RODRIGUES, Vanda P; NASCIMENTO, Maria A. Alves. Sentidos da Integralidade do Cuidado na Saúde da Família. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010, out./dez.; 18(4): 622-7.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão. *Cadernos do Internato Rural - Faculdade de Medicina/UFMG*, 2001. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf). Acesso em: 19 set. 2023.

SANTOS, Nelson Rodrigues. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009.

SILVA, Roberto Antero da. *Agropecuária de Araguaína (TO) e novas centralidades*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências e Tecnologia, Curso de Mestrado em Geografia, Fortaleza, 2012.

SPEDO, Sandra Maria. Desafios para implementar a integralidade da assistência à saúde no SUS: estudo de caso no município de São Paulo. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, 2009. 150 p.

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v6n2/7015.pdf>. Acesso em: 20 set. 2023.

TEMPORÃO, José Gomes. SUS completa 20 anos com novos desafios. (entrevista). *Rev. Saúde públ. Santa Cat.*, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008.

CREDIT SUISSE. *Global Wealth Report*, 2015. Disponível em: <https://publications.credit-suisse.com/tasks/render/file/?fileID=F2425415-DCA7-80B8-EAD989AF9341D47E>. Acesso em: 20 jun. 2024.

DEITOS, Roberto Antonio; LARA, Angela Mara de Barros; ZANARDINI, Isaura Monica Sou. Política de educação profissional no Brasil: aspectos socioeconômicos e ideológicos para a implantação do Pronatec. *Educ. Soc.*, Campinas (SP), v. 36, n. 133, out./dez. 2015.

FABNANI, Eduardo. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. *SER Social*, Brasília, v. 13, n. 28, jan./jun. 2011, p. 41-80.

FREIRE, Paulo. *Alfabetização: leitura do mundo e leitura da palavra*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLOBAL SLAVERY INDEX. 45,8 million people are enslaved in the world today. Disponível em: <http://www.globalslaveryindex.org/>. Acesso em: 20 jul. 2024.

HAESBAERT, Rogério. *Territórios Alternativos*. São Paulo: Contexto, 2002.

JOHNSON, Richard. O que é, afinal, estudos culturais? In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). *O que é, afinal, estudos culturais?* Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

MONTALI, Lilia; LESSA, Luiz Henrique. Pobreza e mobilidade de renda nas regiões metropolitanas brasileiras. *Cad. Metrop.*, São Paulo, v. 18, n. 36, jul. 2016, p. 503-533.

MORAIS, Itamar Araújo. *Araguaína (TO): enquanto cidade média no contexto regional*. 130 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Brasília, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU alerta para aumento de mortes de refugiados e migrantes no Mediterrâneo. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-alerta-para-aumento-de-mortes-de-refugiados-e-migrantes-no-mediterraneo>. Acesso em: 31 mai. 2024.

PEÑA, Carlos Rosano et al. A eficácia das transferências de renda: as tendências da desigualdade antes e depois do Programa Bolsa Família. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, jul./ago. 2015, p. 889-913.

PIKETTI, Thomas. *O Capital no Século XXI*. Tradução: Monica Baumgarten do Bolle. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

SEN, Amartya. *A ideia de justiça*. Tradução: Nuno Castello-Branco Bastos. Coimbra: Almedina, 2010.

SEN, Amartya. *Desenvolvimento como liberdade*. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SEN, Amartya. *Desigualdade reexaminada*. Tradução de Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. *As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado*. Tradução: Bernardo Ajzemberg e Carlos Eduardo Lins da Silva. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SILVA et al. *Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa*. Online Brazilian Journal of Nursing, v. 5, n. 2, 2006, p. 246-257.

SOUZA, Celina. *Políticas públicas: uma revisão da literatura*. Sociologias, Porto Alegre, a. 8, n. 16, jul./dez. 2006, p. 20-45.

TASSINARI, Clarissa; JACOB DE MENEZES NETO, Elias. Liberdade de expressão e Hate Speeches: as influências da jurisprudência dos valores e as consequências da ponderação de princípios no julgamento do caso Ellwanger. *Revista Brasileira de Direito*, v. 9, n. 2, p. 7-37, jan. 2014. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistadedireito/article/view/461>. Acesso em: 28 fev. 2024.

TONINI, Quinto. *Entre diamantes e cristais: cenas vividas pelos missionários de Dom Orione nas Matas do Norte de Goiás*. Fortaleza: Expressão, 1996.

UNESCO. *O desafio da alfabetização global: um perfil da alfabetização de jovens e adultos na metade da Década das Nações Unidas para a Alfabetização 2003-2012*. Brasília: Unesco, 2009.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, ago./dez. 2014, p. 203-220.

ZAMBAM, Neuro José; ICKERT, Airton Juarez. A democracia brasileira e a pena privativa de liberdade: alternativas que preservam a dignidade humana. *Revista Brasileira de Direito*, v. 7, n. 2, p. 147-166, out. 2011. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistadedireito/article/view/271>.

ZAMBAM, Neuro José. A democracia contemporânea: entre a cruz e a espada. In: TRINDADE, André K.; ESPÍNDOLA, Ângela A. S.; BOFF, Saltete O. (Orgs.). *Direito democracia e sustentabilidade: Anuário do Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Direito da Faculdade Meridional*. Passo Fundo: IMED, 2014. Amartya Sen: liberdade, justiça e desenvolvimento sustentável. Passo Fundo, IMED, 2012.

ANEXO A – Registros Fotográficos

O presente anexo apresenta registros visuais que complementam a análise realizada neste estudo. As imagens incluem o veículo utilizado para o transporte sanitário, bem como as unidades de saúde especializadas no atendimento a pacientes renais. Esses registros visuais têm como objetivo proporcionar uma contextualização espacial, ilustrando aspectos estruturais e logísticos essenciais para a compreensão do acesso aos serviços de saúde analisados.

Imagem 3- Veículo Utilizado no Transporte Sanitário.



Fonte: SILVA, Eduardo Cunha da (2024).

Imagem 4 – Fachada da Clínica Renal Center em Araguaína, Tocantins.



Fonte: SILVA, Eduardo Cunha da (2024).

Imagem 5: Instituto de Doenças Renais do Tocantins (IDRT) em Araguaína, Tocantins.



Fonte: SILVA, Eduardo Cunha da (2024).