UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ELLEM NAJLA FERREIRA RODRIGUES

ANÁLISE DA REGIONALIZAÇÃO EM PERNAMBUCO POR MEIO DO FLUXO DE HOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS POR DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

RECIFE

2024

ELLEM NAJLA FERREIRA RODRIGUES

ANÁLISE DA REGIONALIZAÇÃO EM PERNAMBUCO POR MEIO DO FLUXO DE HOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS POR DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Política, planejamento e gestão em saúde

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli

RECIFE

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Rodrigues, Ellem Najla Ferreira.
Análise da regionalização em Pernambuco por meio do fluxo de hospitalização de crianças por doenças do aparelho respiratório / Ellem Najla Ferreira Rodrigues. - Recife, 2024.
71p.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.
Orientação: Petrônio José de Lima Martelli.

1. Doenças Respiratórias; 2. Regionalização da Saúde; 3. Assistência Integral à Saúde. I. Martelli, Petrônio José de Lima - Orientador. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

ELLEM NAJLA FERREIRA RODRIGUES

ANÁLISE DA REGIONALIZAÇÃO EM PERNAMBUCO POR MEIO DOFLUXO DE HOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS POR DOENÇAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 20/09/2024

BANCA EXAMINADORA

gov.br Documento assinado digitalmente
RONALD PEREIRA CAVALCANTI
Data: 20/09/2024 13:37:24-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dr. **Ronald Pereira Cavalcanti (**Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

gov.br Documento assinado digitalmente
GABRIELLA MORAIS DUARTE MIRANDA
Data: 20/09/2024 14:02:50-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. **Gabriella Morais Duarte Miranda (**Examinadora Interna do PPGSC)Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

gov.br Documento assinado digitalmente
PETRONIO JOSE DE LIMA MARTELLI
Data: 20/09/2024 07:52:13-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dr. **Petrônio José de Lima Martelli** (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pela força, sabedoria e proteção que me guiaram ao longo de toda essa caminhada. Sem Sua presença constante, eu não teria chegado até aqui.

Aos meus pais, Verônica e José, meu mais sincero agradecimento por estarem sempre ao meu lado, incondicionalmente me apoiando em cada decisão e desafio que encontrei. Vocês foram meu porto seguro em todos os momentos.

À minha irmã Evelyn, que sempre esteve presente nos momentos mais difíceis, me amparando e oferecendo seu carinho e compreensão.

Ao meu companheiro Douglas, pela parceria incansável, pelo incentivo diário e pela fidelidade em todas as situações.

Ao meu orientador, Petronio Martelli, pela confiança depositada em mim, pelos ensinamentos compartilhados e pelas trocas que enriqueceram meu aprendizado e me ajudaram a crescer tanto academicamente quanto pessoalmente.

Aos meus colegas de turma, que me acompanharam por tantos meses nesta jornada desafiadora. Compartilhamos alegrias, preocupações e conquistas, e essa troca foi essencial para que chegássemos ao final desse ciclo.

A minhas colegas de trabalho do HR, meu agradecimento por tantas trocas de plantão para que eu pudesse assistir as aulas.

Ao meu grupo de estudos do PPGSC, Luiz, Gisele, Mayhanne e Raíssa, por tantas trocas coletivas, pela amizade e pelo suporte ao longo desta jornada.

Agradeço ao Afonso por toda a colaboração e suporte ao longo do curso. E ao meu querido amigo Bruno, por sua amizade, apoio e por tantos conselhos.

Agradeço a Ana e a Antônio que ajudaram com o Tabwin e o Qgis.

Agradeço também à banca de qualificação, a Professora Gabriela e Professor Ronald, cujos apontamentos e sugestões foram fundamentais para o aprimoramento deste trabalho.

Por fim, dedico meu agradecimento a todos que acreditam e continuam lutando por uma saúde pública justa e de qualidade para todos. Aos que se empenham em transformar o SUS em um sistema inclusivo e humano, e é graças a esses esforços que podemos vislumbrar um futuro com mais equidade e dignidade para todos os cidadãos.

RESUMO

No Brasil, a estratégia de descentralização se deu por meio da transferência de responsabilidade da gestão de saúde para os municípios. A regionalização foi estruturada como uma estratégia voltada à integração de sistemas municipais, com a formação de sistemas regionais. Doenças respiratórias são classificadas como a principal causa de hospitalizações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Compreender o fluxo das hospitalizações nos serviços de saúde, através da assistência às populações vulneráveis, é fundamental para o conhecimento das demandas populacionais nessas redes regionalizadas e para promover adequação da estrutura das regiões de saúde. Objetivou-se analisar a regionalização no estado de Pernambuco utilizando como evento traçador a assistência hospitalar para crianças de 0 a 5 anos com doenças respiratórias nos anos de 2018 a 2023 através de um de um estudo ecológico, que utilizou como unidade de análise as regiões de saúde. Foi observado que a I região de saúde- Recife concentrou 57,3% das internações que ocorreram no estado e que esta não só retém a maioria de seus pacientes (86,91%), mas também recebe um número significativo de pacientes de outras regiões (13,17%). A análise dos dados de internações hospitalares no estado de Pernambuco revelou Recife, como principal centro, concentrando a maioria das internações hospitalares, destacando-se como um polo essencial para cuidados especializados.

Palavras-chave:

Doenças Respiratórias; Regionalização da Saúde; Assistência Integral à Saúde

ABSTRACT

In Brazil, the decentralization strategy was implemented by transferring health management responsibilities to the municipalities. Regionalization was structured as a strategy aimed at integrating municipal systems by forming regional systems. Respiratory diseases are classified as the leading cause of hospitalizations within the Unified Health System (SUS). Understanding the flow of hospitalizations within health services, especially through assistance to vulnerable populations, is essential for comprehending population demands in these regionalized networks and for promoting the adequacy of health region structures. This study aimed to analyze regionalization in the state of Pernambuco, using hospital care for children aged 0 to 5 with respiratory diseases as a tracer event from 2018 to 2023 through an ecological study, using health regions as the unit of analysis. It was observed that Health Region I – Recife concentrated 57.3% of the hospitalizations that occurred in the state and that this region not only retains the majority of its patients (86.91%) but also receives a significant number of patients from other regions (13.17%). The analysis of hospitalization data in the state of Pernambuco revealed Recife as the main center, concentrating most hospitalizations and standing out as an essential hub for specialized care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Frequência, Taxa de Retenção, Evasão e Absorção das regiões de saúde de Pernambuco.

Tabela 2- Distância e tempo médio percorrido e entre o município sede da região de saúde de residência e município sede da região de saúde de ocorrência.

Tabela 3- Frequência de internação hospitalar de crianças por doenças do aparelho respiratório, no período de 2018 a 2023, nas regiões de saúde no estado de Pernambuco, por nível de gestão.

Tabela 4- AIHs pagas por Natureza Jurídica segundo CIR de Internação, classificadas por natureza jurídica, para cada Região de Saúde no estado de Pernambuco.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH- Autorização de Internação Hospitalar
CIB- Comissões Intergestores Bipartite
CID- Classificação Internacional de Doenças
CIT- Comissão Intergestores Tripartite
CLT- Consolidação das Leis do Trabalho
COAPS- Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
DATASUS- Departamento de Informática do Ministério da Saúde
ESF- Estratégia Saúde da Família
NOAS- Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB- Normas Operacionais Básicas
ONG- organizações não governamentais
Organizações da Sociedade Civil
OS- Organizações Sociais
OSCIP- Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF- Programa de Saúde da Família
SIH- Sistema de Informações Hospitalares
SILOS- Sistemas Locais de Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

ELLEM NAJLA FERREIRA RODRIGUES 4
BANCA EXAMINADORA 4
1. INTRODUÇÃO 11
2. REVISÃO DA LITERATURA 14
2.1 DA MUNICIPALIZAÇÃO A REGIONALIZAÇÃO 14
2.2 FEDERALISMO E ACESSO À SAÚDE 19
2.3 REDE DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS 21
2.4 TIPO DE GESTÃO E NATUREZA JURÍDICA 25
3. OBJETIVOS 27
3.1 OBJETIVO GERAL 27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 27
4. METODOLOGIA 28
4.1 DESENHO DO ESTUDO 28
4.2 LOCAL DO ESTUDO 28
4.3 POPULAÇÃO E PERÍODO DE REFERÊNCIA 28
4.4 FONTE DE DADOS 28
4.6 ANÁLISE DOS DADOS 29
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 29
Introdução: 33
Metodologia: 33
Resultados 36
Discussão 41
Conclusão 48
Referências 50
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 52
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 54
ANEXO I 61

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), concebido pela Constituição Federal de 1988 está fundamentado em princípios e diretrizes. A diretriz da descentralização objetivou superar as barreiras da fragmentação social, territorial e de comando. Essa diretriz é compreendida como estratégia para democratizar o acesso à saúde e ampliar a gestão para novos atores (Duarte *et al,* 2015).

No Brasil, a estratégia de descentralização se deu por meio da transferência de responsabilidade da gestão de saúde para os municípios. O país aderiu amplamente à municipalização do setor de saúde, mas desafios na implantação desse novo modelo de gestão puderam ser observados ao longo dos anos. As visíveis assimetrias das condições políticas, administrativas, técnicas e financeiras entre os municípios foram entraves que fragilizaram o êxito desse modelo (Duarte *et al*., 2015). A adoção de programas para a Atenção Primária, como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), deram ao movimento municipalista, ainda mais evidência (Dowbor, 2009)

Houve ainda diferenças de implementação na estratégia de municipalização quanto aos níveis de assistência, não ocorrendo de forma homogênea no que diz respeito à disponibilização de serviços ambulatoriais e à capacidade de gestão da rede hospitalar. No decorrer da municipalização da saúde, essas duas áreas seguiram trajetórias distintas, sendo que a ampliação dos serviços ambulatoriais obteve maior sucesso em comparação à gestão dos serviços hospitalares (Arretche, 2002).

Visando ampliar o acesso e reduzir estas desigualdades na saúde, a regionalização foi estruturada como uma estratégia voltada à integração de sistemas municipais, com a formação de sistemas regionais (Shimizu, Helena Eri et al, 2021).

O conceito de regiões de saúde está descrito no Decreto nº 7.508, de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080. Esta regulamentação possibilitou que os entes federativos, no âmbito das regiões de saúde, pactuassem suas responsabilidades sanitárias, que deveriam ser formalizadas no COAPS para garantir sua segurança jurídica (Brasil, 2011; Santos 2017).

A regionalização estabelece a base territorial para a implementação das redes, definindo regiões de saúde que agrupam municípios com características e

necessidades similares. Dentro dessas regiões, as Redes de Atenção à Saúde são desenhadas para assegurar a continuidade do cuidado, integrando os diversos níveis de atenção — desde a atenção primária até a alta complexidade (Brasil, 2011). Essa diretriz constitui um pilar fundamental no desenvolvimento e na identificação dos fluxos de assistência à saúde.

Destaca-se ainda, que a rede SUS está estruturada como um sistema que integra ações e serviços públicos de saúde. E que esse sistema pode ser complementado por serviços privados, tanto com fins lucrativos quanto sem fins lucrativos, com preferência para os últimos (BRASIL, 1988). Essa lógica se aplica especialmente à rede hospitalar, com parecerias desenvolvidas entre todos os níveis de governo e, principalmente, organizações da sociedade civil.

A análise dos fluxos assistenciais permite a compreensão de como os serviços de saúde são utilizados e como a rede assistencial está conformada em um determinado sistema de saúde. Os fluxos de assistência descontínuos configuram-se como barreiras de acesso para o cuidado integral de indivíduos. Essas barreiras revelam espaços que necessitam de intervenção e aperfeiçoamento para a gestão dos sistemas de saúde, tanto na organização quanto na prática (Almeida, Casotti, Silvério, 2023).

Assim, esses fluxos de acesso fragilizados podem impactar na qualidade da assistência à saúde, especialmente no manejo de doenças em crianças, considerando que limitações na continuidade do cuidado podem resultar em aumento das hospitalizações e provocar desfechos negativos, que poderiam ser evitados com um cuidado mais consistente e integrado.

As doenças respiratórias são classificadas como a principal causa de hospitalizações no âmbito do SUS e, também, exercem influência significativa sobre os índices de morbidade e mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade (Fornazari, Mello e Andrade, 2003).

Compreender o fluxo das hospitalizações nos serviços de saúde, através da assistência às populações vulneráveis, é fundamental para o conhecimento das demandas populacionais nessas redes regionalizadas e para promover adequação da estrutura das regiões de saúde. Estudos com esse objetivo permitem a

identificação de vazios assistenciais, contribuindo para a elaboração de estratégias de longo prazo para superação ou minimização dessas barreiras de acesso, possibilitando a incorporação destas estratégias ao plano diretor de regionalização. Analisar o fluxo de deslocamento de pacientes oferece recursos para descrever como a distribuição e conexões da assistência à saúde ao paciente se expressam, além de descrever desigualdades geográficas no acesso, explicadas seja pela indisponibilidade de serviços ou pela estruturação da oferta de forma insuficiente.

Diante disso, esse estudo se propõe a analisar a regionalização em Pernambuco usando a assistência hospitalar de crianças com doenças respiratórias como evento traçador.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DA MUNICIPALIZAÇÃO A REGIONALIZAÇÃO

A diretriz da descentralização embasou os princípios de uma nova proposta para o SUS, que reflete nos princípios doutrinários da universalização, da integralidade, da equidade e da participação social. Tal proposta objetivou transpor as barreiras da fragmentação social, territorial e de comando. Esta descentralização vem sendo compreendida como estratégia para democratizar o acesso à saúde e ampliar a gestão para novos atores (Duarte *et al,* 2015).

Esta descentralização, que foi impulsionada pela reforma sanitária, teve como estratégia central a transferência de responsabilidades para os municípios e a integração das ações de saúde, com um comando único em cada nível de governo. Nesse contexto, o território é considerado uma área com fronteiras políticas onde as autoridades locais têm autonomia para lidar com um conjunto específico de questões estabelecidas pelo pacto federativo. Ao passar do nível local para o nacional, alguns detalhes podem ser perdidos, mas, em contrapartida, ganham-se informações mais abrangentes que ampliam a compreensão do todo e a capacidade de formulação de estratégias (Guimarães, 2005).

No entanto, vale ressaltar que isso não sugere que o nível nacional seja mais importante do que os níveis inferiores. O nível local desempenha um papel fundamental, pois é na escala local que as políticas de saúde se inserem na vida cotidiana dos cidadãos brasileiros, o que confere a ele uma importância significativa em termos de capacidade operacional (Guimarães, 2005).

O município emerge no protagonismo na implementação do SUS, entretanto, continua na dependência de repasses federais. Essa nova atuação nos municípios confere peso político aos secretários municipais de saúde. Com isso, o desenho federativo brasileiro se caracteriza a partir do repasse de atribuições e responsabilidades para os municípios. Diante disso, contradições podem ser identificadas como o esvaziamento do papel dos estados na elaboração de políticas públicas (Lobato, Martich e Pereira, 2016).

No contexto da municipalização, a atenção básica e adoção de programas para a atenção primária, principalmente o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, deram maior evidencia ao movimento municipalista (Dowbor, 2009).

Pinafo *et al* (2020) sugerem, em seu trabalho, que a forma como a descentralização foi conduzida colocou principalmente os municípios de pequeno porte em uma situação de maior fragilidade em comparação aos demais entes, especialmente no que diz respeito à vulnerabilidade financeira e que as medidas adotadas para lidar com esses desafios acabaram por gerar novos problemas.

Após a promulgação da Lei 8.080, foram publicados instrumentos com grande impacto sob a municipalização. As Normas Operacionais Básicas (NOB) foram publicadas pelo governo federal e em 2002 todos os municípios do Brasil haviam implementado o SUS no seu território (Lobato, Martich e Pereira, 2016).

A primeira NOB, de 1991, redistribuiu as responsabilidades de ações e serviços de saúde priorizando o poder municipal (Brasil, 1991). A NOB 92 estabeleceu o Fator de Estímulo à Municipalização – FEM, que se caracterizava como repasse de recursos de custeio aos municípios (Brasil, 1992). A NOB 93 regulamentou o financiamento e deu ênfase ao processo de descentralização da gestão dos serviços e ações (Brasil, 1993). Na NOB 96 foi consolidado o pleno exercício pelos municípios da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes. Nesta normativa estava prevista a Programação Pactuada Integrada- PPI e, a partir desta norma, os municípios poderiam habilitar-se em duas condições: gestão plena da atenção básica; e gestão plena do sistema municipal (Brasil, 1996).

A melhoria da capacidade dos municípios brasileiros para oferecer serviços ambulatoriais diretamente, adveio principalmente dos estímulos resultantes da estratégia de descentralização adotada pelo Ministério da Saúde, especialmente das normas operacionais do SUS, bem como da capacidade de investimento do próprio município. As diferenças entre os tipos de municípios, levando em consideração o tamanho da população e a localização geográfica, também desempenharam um papel relevante (Arretche, 2002).

Com tudo isso, outras ideias foram postas em discussão e a proposta de construções de regiões de saúde se estabeleceu. Essas ideias nascem a partir dos processos de distritalização que ocorreram entre as décadas de 1980, a concretização do princípio reformista de desmantelamento do modelo hegemônico (médico-privatista), visando a criação de um sistema descentralizado, adaptado localmente e sustentado por mecanismos democráticos de participação social a partir da criação de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (Faria, 2020).

A construção dos denominados SILOS consistia no reconhecimento do território, identificando as barreiras de acesso, observando o serviço de transporte, o comércio, os domicílios em áreas de risco, além de equipamentos do serviço público. Todas essas informações eram importantes para o subsídio das negociações da delimitação da área de abrangência desses sistemas locais. Esta ideia de implementação de SILOS envolvia um processo de identificação da "área de abrangência" e das operações dos serviços e do sistema, que levava em consideração os aspectos físicos e naturais do ambiente circundante, as facilidades ou obstáculos à mobilidade das pessoas e as características socioeconômicas da população local (Duarte *et al*, 2015).

Diante desse contexto, a regionalização passou a ganhar destaque entre os gestores de saúde no final dos anos 1990 e início dos anos 2000. Ela foi incluída na agenda de políticas públicas e proposta oficialmente pelas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002, com o objetivo de criar regiões de saúde funcionais. Essa iniciativa visava organizar a oferta de serviços de maneira mais eficiente, assegurando que diferentes áreas geográficas contassem com estruturas adequadas para atender as necessidades de saúde da população. (Duarte *et al*, 2015).

A NOAS revelou estratégias considerando a expansão das responsabilidades dos municípios e visando a garantia de acesso aos serviços de atenção básica. A norma previa a regionalização e a organização funcional do sistema como elementos centrais (Brasil, 2002). A proposta de regionalização na NOAS define a região de saúde como um espaço político-operacional dentro do SUS. Esse espaço institucional busca promover uma maior coordenação entre os diferentes níveis de

gestão dos serviços de saúde e enfrentar os desafios para estabelecer um comando unificado nas ações de saúde (Guimarães, 2005).

De 2003 a 2005, durante os primeiros anos do governo Lula, a discussão sobre descentralização se concentrou na necessidade de substituir os processos e instrumentos utilizados para habilitar os estados e municípios por práticas renovadas que promovessem a ação coordenada e colaborativa entre os três gestores do SUS (união, estados e municípios). Isso envolveu desafios, como a busca por critérios mais equitativos na distribuição de recursos entre as unidades federativas, a formulação de modalidades inovadoras para as transferências de recursos financeiros, a definição de metas e objetivos de saúde para orientar a regulamentação e avaliação das ações do SUS, a criação de estratégias para a gestão regional do sistema de saúde e o estabelecimento de um plano de organização das redes de atenção, com ênfase na atenção primária como elemento central na coordenação das ações (Lima *et al*, 2012).

Neste contexto, foi identificada a necessidade de revisar as dinâmicas de relacionamento entre as esferas de governo no contexto da política de saúde. Esse processo levou ao debate que culminou na publicação das diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006. Nesse período, o modelo de descentralização conduzido pelo governo federal no período anterior (1998-2002) era visto como um modelo excessivamente burocrático, com regulamentação vinculadas a incentivos financeiros além de mecanismos fragmentados, no que se refere a transferência de recursos federais (Lima *et al*, 2012).

O Pacto pela Saúde foi instituído através da portaria nº 399 em 2006 e contemplou três componentes: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS, pacto de gestão do SUS. O Pacto pela Vida foi composto por uma série de compromissos na área da saúde, traduzidos em metas relacionadas a processos e resultados. Tratavam-se de ações prioritárias no campo da saúde que deveriam ser executadas com foco em resultado; o Pacto em Defesa do SUS correspondia a ações efetivas e coordenadas por todas as três esferas de governo com o objetivo de fortalecer o SUS como uma política de estado; e o Pacto de Gestão estabelecia orientações fundamentais para a melhoria da administração do SUS visando tornar mais claro quem deve fazer o quê (Brasil, 2006).

Em 2011, o Decreto nº 7.508 finalmente regulamentou a Lei n° 8.080 e disciplinou as regiões de saúde de maneira objetiva. É neste decreto que estava disposto sobre a articulação federativa, o COAPS, o planejamento regional e portas de entrada do SUS. Este decreto permitiu que os entes federativos na região de saúde definissem na forma de acordo as responsabilidades sanitárias as quais deveriam estar fixadas no COAPS para a sua necessária garantia jurídica (Brasil, 2011; Santos 2017).

Essa divisão de responsabilidades no SUS só se tornaria viável mediante a implementação dos contratos entre os entes, permitindo que os diferentes níveis de governo estabelecessem, de forma autônoma, suas obrigações na região. Esse modelo contratual representava a abordagem mais adequada para acomodar as diversas realidades dos entes federativos em nosso país (Santos, 2017)

O COAPS, que visou caracterizar as responsabilidades individuais e solidárias de cada ator dentro das regiões de saúde, se revelou de significativa importância ao promover o debate setorial acerca da regionalização em escala nacional. Além disso, incentivou os gestores dos estados e municípios a empreenderem medidas de renovação em suas estruturas e procedimentos, visando fortalecer o apoio à colaboração entre as entidades subnacionais nas regiões de saúde (Ouverney, 2017).

Contudo, é fundamental ressaltar que esses efeitos positivos não se manifestaram de maneira uniforme ao longo de todo o ciclo de implementação do COAPS, tampouco se mantiveram consistentes em termos de intensidade (Ouverney, 2017).

Apenas dois estados aderiram formalmente ao COAPS, mas, apesar disso, o processo de discussão e implementação parcial, iniciado com o Decreto n° 7.508/11, se mostrou importante na mobilização da renovação dos planejamentos estaduais de regionalização. Em 2016, os dois estados que haviam assinado o contrato (Mato Grosso e Ceará) não renovaram o acordo, entretanto, este continua sendo o instrumento regulador da regionalização vigente (Castanheira, 2021).

O decreto n° 7508 descreve, no seu artigo 2°, região de saúde como:

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

Outros aspectos são importantes na determinação de uma região de saúde, além do formato territorial. As redes de atenção à saúde devem estar organizadas de forma hierarquizada no que se refere à complexidade tecnológica para o cuidado a pessoa. A atenção Primária à Saúde deve ser comportar de modo a ordenar o cuidado e se constituir como um elo entre a pessoa e suas necessidades (Santos, 2013)

Considerando estes dispositivos legais e instâncias de planejamento, objetivou-se capilarizar os serviços e fortalecer o processo em nível local, na ponta, e estimular aos gestores locais a estreitar o relacionamento com outros entes federativos, fortalecendo a ideia democrática de pactuação. O tema Regionalização em Saúde possui produção bibliográfica que é evidenciada pela conexão com as discussões sobre o processo de descentralização disparado pelas legislações estruturantes e normalizadoras do SUS (Fernandes, 2017).

2.2 FEDERALISMO E ACESSO À SAÚDE

A base institucional do Brasil é caracterizada pelo sistema federativo, que tem uma orientação centralizada. Já a política de saúde consagrada na Constituição de 1988, promove de forma intensa a descentralização. Contudo, a adoção de políticas públicas com uma abordagem descentralizadora está em conformidade com um padrão internacional amplamente observado, que envolve a transferência de poderes e responsabilidades para entidades subnacionais ou gestores locais. É relevante ressaltar que o modelo de federalismo presente em um país não necessariamente se reflete no desenho das políticas públicas adotadas, ou seja, mesmo em uma nação com características centralizadoras, é possível implementar políticas públicas com enfoque descentralizado em sua operacionalização e execução (Brasil, 1988; Ribeiro *et al*, 2018).

Embora a descentralização e a proteção social possam ser identificadas em países de estrutura unitária, como o caso do Reino Unido, é nos sistemas federativos, exemplificados pela Alemanha e Bélgica, que o padrão de democracia

pactuada se apresenta de forma mais característica. Nestes modelos, observamos uma ampla disseminação de mecanismos decisórios que ultrapassam as estruturas formais do sistema federativo. Nesse contexto, é comum encontrar diferentes normativas para a salvaguarda de minorias culturais ou regiões que possam enfrentar retardos nos processos decisórios (Ribeiro *et al*, 2018).

A implementação do SUS sob o contexto do federalismo cooperativo representou uma inovação na experiência internacional. O sistema foi formalmente estabelecido no Artigo n° 198 da Constituição de 1988, e seu arcabouço jurídico foi concebido com o objetivo de garantir a descentralização aliada à integração sistêmica, conforme estabelecido nas Leis Orgânicas de Saúde de 1990 (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

A evolução institucional do SUS, desde a sua criação por meio da constituição federal, foi direcionada para a criação dessa estrutura de governança interfederativa. Isso ocorreu por meio da implementação de normas operacionais e alcançou sua consolidação com o Decreto nº 7.508/11, que reuniu e sistematizou esse conjunto de regulamentos normativos que já foram mencionados no capítulo anterior (Brasil, 2011).

A gestão da descentralização foi alcançada por meio de uma ação política coordenada em todos os níveis federativos. No âmbito nacional, a definição das diretrizes operacionais do SUS passou a ser realizada por meio de negociações diretas entre representantes da União, dos Estados e dos Municípios, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Esse mesmo padrão se reproduziu no nível estadual, nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Em ambas as esferas, os respectivos conselhos estaduais e municipais de saúde desempenharam um papel fundamental como instâncias deliberativas superiores para a formulação de estratégias e o acompanhamento da execução das políticas de saúde (Ribeiro *et al,* 2018).

Embora sobreposições de funções possam ocorrer, à União compete desempenhar as funções de planejamento, indução e coordenação a nível nacional, enquanto aos Estados é designada a coordenação regional. Em contrapartida, aos Municípios, além de compartilharem responsabilidades no planejamento local, é atribuída a prestação direta de ações e serviços de atenção primária e de média

complexidade. Essa estrutura de provisão de serviços de saúde segue uma clara orientação de aumentar a complexidade à medida que os entes federados possuem maior abrangência territorial. Portanto, para que um sistema com essa configuração funcione de maneira eficiente, é imprescindível que os mecanismos de governança tripartites operem de forma eficaz (Ribeiro *et al,* 2018).

A implementação da atual política de saúde no Brasil, sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade, estabeleceu a saúde como um direito universal. Consequentemente, ao longo dos últimos trinta anos de existência do SUS no país, tem havido esforços para concretizar esses princípios na prática dos serviços de saúde. Com o intuito de alcançar essa efetivação, a atenção tem sido direcionada, de maneira proeminente, para a Atenção Primária à Saúde, dentro do conjunto de ações e serviços fornecidos pelo SUS. Isso engloba a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF), introduzida pelo Ministério da Saúde em 1994, a qual reorganizou a abordagem assistencial, priorizando a família como a unidade central de intervenção programática em saúde, em detrimento do enfoque tradicional centrado no indivíduo ou na doença (Oliveira e Cutolo, 2018)

Como um direito constitucionalmente assegurado, a saúde deve ser proporcionada através de um atendimento que seja universal, equitativo e integral no sistema de saúde brasileiro. Viegas e Penna (2015) afirmam que, para alcançar a integralidade, todos os outros princípios do SUS precisam ser plenamente implementados. Além disso, os resultados encontrados pelas autoras indicam a urgência de uma mudança de paradigma, na qual o usuário passa a ocupar o centro do cuidado à saúde.

É cada vez mais essencial considerar os contextos cotidianos onde o conhecimento é construído nesse processo de efetivação da integralidade em saúde, uma vez que é nas ações e atitudes individuais que esse princípio se materializa. Faz- se necessário colocar a integralidade em prática por meio das ações e comportamentos de todos os envolvidos nesse processo (Oliveira e Cutolo, 2018).

2.3 REDE DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

As redes de atenção à saúde são sistemas organizacionais complexos compostos por um conjunto de serviços interconectados, que compartilham uma missão comum e objetivos alinhados. Essas entidades colaboram de forma interdependente, possibilitando a oferta de cuidados de saúde contínuos e integrados para a população. Essa estrutura favorece a cooperação entre os diferentes níveis de atenção, assegurando uma abordagem abrangente e eficiente no atendimento às necessidades dos usuários (Mendes, 2010)

A assistência hospitalar é um campo de práticas de cuidado bastante peculiar, considerando a natureza complexa e multidimensional do cuidado em saúde. A maioria dos trabalhos acadêmicos, tendem a evidenciar o cuidado no hospital e na desospitalização, enfatizando as análises voltadas para a organização do atendimento e as orientações para o autocuidado, ambas guiadas pela estrutura organizacional do SUS (Belga, Jorge e Silva, 2022).

Neste nível de atenção, os achados nos estudos de Belga, Jorge e Silva (2022) identificaram pontos a serem melhorados no contexto de rede de atenção à saúde, bem como a necessidade de fortalecer as conexões e articulações com a rede de atenção em busca do cuidado integral. Os autores identificaram ainda, a diversidade de concepções relacionadas à compreensão da integralidade como um elemento fundamental para a consolidação de um modelo de saúde que efetivamente abrange a universalidade e a equidade no atendimento às pessoas. De modo geral, os estudos apontam para a concepção do sujeito-usuário sob a perspectiva de atenção e do cuidado compartilhado e integral, entretanto, ainda se sobressaem no cotidiano do trabalho em saúde práticas do modelo médico hegemônico em detrimento de práticas mais integrais e cuidadoras.

A atuação dos hospitais nas Redes de Atenção à Saúde é identificada por uma distribuição desigual deste e de seus níveis de cobertura nos territórios. Esta distribuição inadequada no território brasileiro é resultado de planejamentos focados na oferta e não na demanda, o que compromete a integração desse componente com o sistema de saúde. Como consequência, essa desarticulação contribui para uma baixa representatividade e reforça a percepção de ineficácia dos serviços hospitalares conseguem atender adequadamente as necessidades da população. Adicionalmente a isso, evidencia-se as fragilidades na organização dos serviços em

rede, caracterizadas pela baixa integração entre os pontos de atenção (Borsato, Carvalho, 2021).

A principal causa de hospitalizações no âmbito do SUS são as doenças do aparelho respiratório. Essas doenças também exercem influência significativa sobre os índices de morbidade e mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade. Maiores índices de hospitalização de crianças estão relacionados a quem está responsável pelos cuidados desta, tendo em vista que a frequência a creche aparece como fator associado ao aumento da morbidade nessa faixa etária. Além da procura por serviço hospitalar, as doenças respiratórias são importantes geradores de demanda por serviços de saúde em todos os países. As infecções respiratórias agudas estão relacionadas a até 60% das consultas em ambulatórios de pediatria, sendo outros motivos a diarreia, doenças de pele e dificuldade em ganho de peso (Fornazari, Mello e Andrade, 2003).

Na faixa etária de 0 a 9 anos de idade, entre os anos 2003 e 2013, Moraes *et al* (2022) identificaram um expressivo número de internações hospitalares por doenças respiratórias, sendo a maior prevalência no sexo masculino. Influenza e pneumonia foram os diagnósticos mais frequentes, correspondendo a 56% dos casos, seguidas pelas doenças das vias aéreas inferiores, como bronquite e asma, com um total de registros que corresponde a 24%. Moraes *et al* (2002) identificou ainda que fatores ambientais, tais como umidade relativa do ar, a precipitação e a poluição atmosférica influenciam de forma importante o aumento das internações de crianças.

Há ainda um aumento no número de atendimentos hospitalar em decorrência de doenças respiratórias entre os meses de março a junho, o que configura a estação outono e início do inverno. Diversos fatores estão ligados a esse aumento durante este período, como as temperaturas mais baixas que favorecem o agravamento de doenças respiratórias preexistentes, ao aumento de diagnósticos por doenças respiratórias virais e maior concentração dos poluentes primários que são influenciadas pelo menor volume de chuvas e ocorrência de inversão térmica (Matos *et al,* 2022).

As enfermidades respiratórias recebem uma classificação complexa, que abrange um amplo leque de ocorrências mórbidas, com diferentes etiologias e

distintos graus de gravidade, afetando uma ou mais porções do sistema respiratório infantil. Elas são ocasionadas por diversos agentes, como vírus, bactérias, alérgenos, produtos químicos e agentes físicos, e estão sujeitas a determinantes imediatos. Esses determinantes envolvem o grau de exposição da criança a esses agentes e a sua suscetibilidade imunológica. Determinantes intermediários incluem a qualidade do ambiente em que a criança vive e sua nutrição. Já os determinantes distais estão relacionados à renda da família e à capacidade da mesma de alocar de forma eficiente os recursos disponíveis, dependendo de sua inserção na sociedade e no processo de produção. Em relação à classificação, as doenças respiratórias são divididas em duas categorias principais: aquelas que afetam apenas o trato respiratório superior (acima da epiglote) são denominadas "altas", enquanto as que atingem os brônquios e/ou os alvéolos pulmonares são designadas como "baixas". O segundo grupo tende a se estender por períodos mais longos e, se não tratado de forma adequada, pode representar um risco para a vida da criança (Benício *et al,* 2000)

Quanto às demandas de cuidados relacionadas a crianças com doenças respiratórias, a literatura destaca a importância da prestação de cuidados qualificados, programas de educação em saúde, reconhecimento dos conhecimentos e práticas culturais da família, além da colaboração efetiva entre a equipe de saúde e a família, a fim de facilitar a comunicação e promover a adesão ao tratamento (Claus *et al*, 2014).

Dentre as principais causas de internações no SUS sensíveis à atenção primária à saúde, no período de 2000 a 2011, a pneumonia ocupou o segundo lugar, em crianças menores de cinco anos (Prezotto, Chaves, Mathias, 2015).

Os fluxos de assistência descontínuos mostram barreiras ao acesso à integralidade do cuidado dos indivíduos. Esses desafios destacam um campo que precisa de intervenção e melhoria para a gestão do SUS. (Almeida, Casotti e Silvério, 2023).

A complexidade das doenças respiratórias infantis e seus múltiplos determinantes exigem uma abordagem de saúde integrada. A continuidade dos fluxos assistenciais é crucial para garantir um cuidado integral, minimizando as

fragilidades de acesso e promovendo a eficácia do tratamento (Almeida, Casotti E Silvério, 2023; Benício *et al*, 2000)

2.4 TIPO DE GESTÃO E NATUREZA JURÍDICA

A Constituição Federal e a Lei nº 8.080, determinam que a gestão do Sistema Único de Saúde deve ser baseada na repartição de competências entre a União, os estados e os municípios. Assim, as três esferas de governo, em conjunto, são responsáveis por estabelecer mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar as condições de saúde da população, gerenciar e alocar os recursos financeiros e orçamentários, definir políticas de recursos humanos, planejar em curto e médio prazo, além de promover a integração de políticas de saúde, e executar ações e serviços de saúde (Brasil, 1988; Brasil 1990)

Ainda na Constituição, está previsto que o SUS é um sistema que reúne ações e serviços públicos de saúde organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada. O sistema pode ser complementado por serviços privados de saúde, tanto lucrativos quanto não lucrativos, com prioridade para estes últimos (BRASIL, 1988).

Esse complemento possibilitou a inserção de novas modalidades de gestão no sistema público de saúde brasileiro, que foram se consolidando e assumindo espaços que, antes da contrarreforma do Estado, eram de competência exclusiva do setor público. Essas modalidades se apresentaram como novos arranjos jurídicos na administração de serviços de saúde, com base no discurso de que utilizavam técnicas gerenciais mais modernas e eficientes em comparação aos serviços oferecidos pela administração pública direta e indireta (Gomes *et al*, 2020).

Nesse contexto, o poder público incorporou entidades que passaram a realizar ações e prestar serviços em sua representação, conhecidas como entidades paraestatais. Dentre essas, sobressaem as organizações da sociedade civil (OSC), que fazem parte do chamado terceiro setor: organizações sociais (OS), organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP), organizações não governamentais (ONG), entidades filantrópicas e cooperativas (Gomes *et al*, 2020).

No estado de Pernambuco, partir de 2006, foi apresentada a proposta de construção de hospitais sob a gestão de Organizações Sociais de Saúde (OSS). Os recursos do governo estadual foram utilizados tanto para a construção dessas unidades quanto para a aquisição de seus equipamentos. Nesses hospitais, os profissionais de saúde são contratados pelas OSS, de acordo com as normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (Santana, Santos, 2017)

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a regionalização no estado de Pernambuco utilizando como evento traçador a assistência hospitalar para crianças de 0 a 5 anos com doenças respiratórias nos anos de 2018 a 2023.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1- Analisar por região de saúde, a origem e destino dos pacientes internados na rede hospitalar própria do SUS e rede complementar em Pernambuco, de crianças de 0 a 5 anos com doenças respiratórias.

2- Identificar a distância e tempo médio percorrido entre o município sede da região de saúde de residência e o município sede da região de saúde de ocorrência.

3- Identificar o tipo de gestão e natureza jurídica dos serviços referenciados ao atendimento de crianças de 0 a 5 anos com doenças respiratórias por região de saúde no Estado de Pernambuco.

4. METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional ecológico, que utilizou como unidade de análise as regiões de saúde que busca analisar o processo de regionalização no estado de Pernambuco.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Os dados foram analisados segundo as 12 regiões de saúde que compõem o Estado de Pernambuco, representadas por seus municípios sedes: Recife (I Região), Limoeiro (II Região), Palmares (III Região), Caruaru (IV Região), Garanhuns (V Região), Arcoverde (VI Região), Salgueiro (VII Região), Petrolina (VIII Região), Ouricuri (IX Região), Afogados da Ingazeira (X Região), Serra Talhada (XI Região) e Goiana (XII Região).

4.3 POPULAÇÃO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

Foram tabuladas as internações entre 2018 e 2023, de crianças de 0 aos 5 anos, com motivo da internação registrado no Capítulo X - Doenças do Aparelho Respiratório, da Classificação Internacional de Doenças (CID), em sua 10ª versão.

4.4 FONTE DE DADOS

Utilizou-se os Arquivos Reduzidos (RD) de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e disponibilizados pelo Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS).

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Foi construída uma tabela com informações que constam a evasão (internações de residentes de uma região de saúde que ocorreram fora desta); a absorção (internações que uma região de saúde recebeu originadas de outras

regiões); e a retenção (internações que ocorreram na própria região de saúde de residência) das internações por região de saúde.

Os dados foram analisados no Tabwin32, programa de tabulação do Ministério da Saúde, que permite explorar as bases de dados dos sistemas de informação do SUS. Os resultados foram apresentados em tabelas e mapas temáticos.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As análises foram realizadas no software Excel e o mapa temático construído através do software QGIS 3.14.

Para identificar a distância e tempo médio percorrido foi utilizado a Application Programming Interface (API) do Google Maps, considerando o marco zero do município sede da região.

A partir da tabela de fluxo, foi possível identificar: distância média entre a região de saúde de residência e região de saúde de internação (distância do percurso entre origem e destino considerando a malha viária e representada em Km); e cálculo do tempo médio gasto pelo paciente entre origem e destino (representada em horas).

As informações sobre Natureza Jurídica referem-se aos dados de identificação da constituição jurídico-institucional das entidades públicas e privadas nos cadastros da administração pública do País. A Tabela de Natureza Jurídica organiza estes códigos segundo cinco grandes categorias: Administração pública; Entidades empresariais; Entidades sem fins lucrativos; Pessoas físicas e organizações internacionais; e outras instituições extraterritoriais.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo orienta-se pela Resolução n°510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Por serem dados de domínio público, não necessita de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sendo resguardado o dever de divulgar todas as fontes de dados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo será apresentado no formato de artigo científico e será submetido à Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil, cuja as normas de submissão estão disponíveis no Anexo I.

ANÁLISE DA REGIONALIZAÇÃO EM PERNAMBUCO ATRAVÉS DO FLUXO DE HOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS POR DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

Analysis of Regionalization in Pernambuco Through the Hospitalization Flow of Children with Respiratory Diseases

Título resumido: REGIONALIZAÇÃO EM PERNAMBUCO: ANÁLISE DO FLUXO DE HOSPITALIZAÇÃO

Regionalization in Pernambuco: Analysis of Hospitalization Flow

Resumo:

Objetivos: Analisar a regionalização em Pernambuco utilizando como evento traçador a assistência hospitalar para crianças de 0 a 5 anos com doenças respiratórias nos anos de 2018 a 2023. **Métodos**: estudo observacional ecológico, que utilizou como unidade de análise as regiões de saúde, analisando o processo de regionalização. Para tanto, foram utilizados dados secundários dos sistemas de informação do DataSUS. **Resultados**: Foi observado que a I região de saúde-Recife concentrou 57,3% das internações que ocorreram no estado e que esta região não só retém a maioria de seus pacientes (86,91%), mas também recebe um número significativo de pacientes de outras regiões (13,17%) e que outras regiões como a II-Limoeiro, e III- Palmares apresentam altas taxas de evasão com 41,8% e 48,2%, respectivamente, ao tempo que também apresentam altas taxa de absorção. **Discussão**: A análise dos dados de internações hospitalares no estado de Pernambuco revelou a I região Recife concentrando a maioria das internações hospitalares, destacando-se como um polo essencial para cuidados especializados em similaridade com resultados encontrados em Salvador- BA e em Maceió- AL. Conclusão: A análise dos dados revelou padrões regionais de saúde, identificando áreas com maiores evasão. Identificando possíveis contradições no desenho regional, onde foram encontrados altas taxas de evasão e absorção numa mesma região de saúde.

Palavras-chave:

Doenças Respiratórias; Regionalização da Saúde; Assistência Integral à Saúde

Abstract

Objectives: To analyze regionalization in Pernambuco using hospital care for children aged 0 to 5 years with respiratory diseases from 2018 to 2023 as a tracer event. **Methods:** An ecological observational study that used health regions as the unit of analysis to examine the regionalization process. Secondary data from the DataSUS information systems were utilized. **Results:** It was observed that Health Region I - Recife accounted for 57.3% of the hospital admissions in the state, retaining most of its patients (86.91%) while also receiving a significant number of patients from other regions (13.17%). Additionally, regions such as II - Limoeiro and III - Palmares showed high rates of patient outflow, with 41.8% and 48.2%, respectively, and also exhibited high absorption rates. **Discussion:** The analysis of hospital admissions data in the state of Pernambuco revealed that Region I - Recife concentrates the majority of hospital admissions, positioning itself as a key center for specialized care, similar to patterns observed in Salvador, BA, and Maceió, AL. **Conclusion:** The data analysis revealed regional health patterns, identifying areas with higher outflow rates. Possible contradictions in the regional design were identified, with high rates of both patient outflow and inflow in the same health regionKeywords:

Regional Health Planning, Comprehensive Healthcare, Respiratory Tract Diseases

Introdução:

O sistema de saúde do Brasil teve como objetivo ser unificado, regionalizado no que se refere à sua organização, e estruturado de forma hierárquica, visando otimizar seu funcionamento em diferentes níveis de complexidade dos serviços. No Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se uma integração compulsória entre os entes federativos, promovendo a coordenação e a cooperação tanto das ações quanto dos recursos disponíveis[1].

O SUS foi desenvolvido baseado em princípios e diretrizes e, entre esses, a diretriz da regionalização, desenvolvida como uma estratégia focada na integração dos sistemas municipais. Essa diretriz promoveu a criação de sistemas regionais buscando ampliar o acesso e diminuir as desigualdades na saúde[2].

A regionalização estabelece a base territorial para a implementação das redes, definindo regiões de saúde que agrupam municípios com características e necessidades parecidas. Dentro dessas regiões, as Redes de Atenção à Saúde são desenhadas para assegurar a continuidade do cuidado, integrando os diversos níveis de atenção — desde a atenção primária até a alta complexidade[3]. Essa diretriz constitui um pilar fundamental no desenvolvimento e na identificação dos fluxos de assistência à saúde.

Os fluxos de acesso fragilizados podem impactar na qualidade da assistência à saúde, especialmente no manejo de doenças em crianças, considerando que limitações na continuidade do cuidado podem resultar em aumento das hospitalizações e provocar desfechos negativos. As doenças respiratórias são classificadas como a principal causa de hospitalizações de crianças menores que 5 anos de idade[4].

A análise do fluxo de deslocamento de pacientes oferece recursos para descrever como a distribuição e as conexões da assistência à saúde se expressam, além de apresentar as desigualdades geográficas no acesso, explicadas seja pela indisponibilidade de serviços ou pela estruturação da oferta de forma insuficiente. Neste sentido, este trabalho se propõe a analisar a regionalização no estado de Pernambuco através de regiões de saúde tendo como evento traçador a assistência hospitalar para crianças de 0 a 5 anos com doenças respiratórias nos anos de 2018 a 2023

Metodologia:

Trata-se de um estudo ecológico, que utilizou as regiões de saúde como unidade de análise. Utilizou-se os arquivos reduzidos (RD) de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e disponibilizados pelo Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS).

Os dados foram analisados segundo as 12 regiões de saúde que compõem o Estado de Pernambuco, representadas por seus municípios sedes: Recife (I Região), Limoeiro (II Região), Palmares (III Região), Caruaru (IV Região), Garanhuns (V Região), Arcoverde (VI Região), Salgueiro (VII Região), Petrolina (VIII Região), Ouricuri (IX Região), Afogados da Ingazeira (X Região), Serra Talhada (XI Região) e Goiana (XII Região).

Foram consideradas as variáveis: região de residência (região de saúde de residência da criança internada), região de ocorrência (região de saúde de ocorrência da internação) e gestão do estabelecimento (esfera administrativa do

hospital, a saber – estadual e municipal), além da natureza jurídica da gestão desses estabelecimentos.

Foram tabuladas as internações entre 2018 e 2023, de crianças de 0 aos 5 anos, com motivo da internação registrado no Capítulo X - Doenças do Aparelho Respiratório, da Classificação Internacional de Doenças (CID), em sua 10ª versão.

Foi ainda construída uma tabela com informações que constam a evasão (internações de residentes de uma região de saúde que ocorreram fora desta); a absorção (internações que uma região de saúde recebeu originadas de outras regiões); e a retenção (internações que ocorreram na própria região de saúde de residência) das internações por região de saúde. Para identificar a distância e tempo médio percorrido foi utilizado a API do Google Maps, considerando o marco zero do município sede da região.

Os dados são apresentados em uma tabela que mostra distâncias e tempos médios de viagem entre várias regiões de saúde no estado de Pernambuco com taxa de retenção menor que 80%. Cada célula da tabela contém duas informações: a distância em quilômetros (km) e o tempo médio de viagem em horas e minutos (h) entre a região de saúde de residência e a região de saúde de ocorrência. Ressalta-se que tanto a distância, quanto o tempo percorrido considera dados resultantes da malha rodoviária.

Os resultados foram apresentados em tabelas e mapas temáticos. Os mapas temáticos foram construídos no software QGIS 3.14.

O estudo orienta-se pela Resolução n°510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Por serem dados de domínio público, não necessita de apreciação pelo

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sendo resguardado o dever de divulgar todas as fontes de dados.

Resultados

No Sistema de Informações Hospitalares (SIH), foram contabilizadas 79.450 admissões hospitalares de crianças com até 5 anos no estado de Pernambuco, diagnosticadas com afecções do aparelho respiratório, no intervalo de 2018 a 2023.

Foi observado que a I região - Recife de saúde concentrou 57,3% das internações que ocorreram no estado, seguida pela IV região -Caruaru (7,4%) e a VII região - Petrolina (6,7%). A região de saúde com o menor número de internações foi a III – Palmares com 2,3% das internações.

As regiões VIII- Petrolina, VII - Salgueiro e XI - Serra Talhada apresentam percentuais parecidos de retenção de internação de crianças por doenças respiratórias, ou seja, crianças que se internaram dentro da região de saúde de residência, com 96,6%, 97,4% e 93,3%, respectivamente.

Foi observado ainda que, na X região - Afogados da Ingazeira, a maioria das internações ocorre dentro da própria região (88,5%), com um fluxo significativo para a I região -Recife (6,2%). O mesmo pode ser observado em VI- Arcoverde, com uma taxa de internação de 84,8% na própria região e 9,9% de transferências para a I região. As regiões IV -Caruaru, V -Garanhuns, XII - Goiana e II - Limoeiro apresentam um percentual de retenção menor, com taxas de internação na região de residência de, respectivamente, 72,2%, 82,5%, 64,6% e 58,2%.

Observa-se um percentual alto de transferências para a capital, advindas de regiões como IV- Caruaru, II - Limoeiro e XII - Goiana, com taxa de transferência de 20,5%, 38,3% e 24,1%, nesta ordem.

A III região - Palmares destacou-se como a região com a maior taxa de transferência para I - Recife, onde mais de 45,9% das internações de residentes ocorreram na capital do Estado.

Na tabela abaixo estão exibidos os dados sobre o percentual de evasão e retenção de internações por região de saúde.

Tabela 1- Frequência de internação, Taxa de Retenção, Evasão e Absorção das regiões de saúde de Pernambuco.

Região de Saúde	Total de internações na região de saúde	Total de residentes internados	Internações dentro da própria região de saúde (retenção)		Internações fora da região de saúde de residência (evasão)		Internações nesta região advindo de outras regiões (absorção)	
	N	N	N	%	N	%	N	%
I- Recife	45.535	39.947	39.576	99,1	371	0,9	5.959	13,1
II- Limoeiro	2.393	3.463	2.017	58,2	1.446	41,8	376	15,7
III- Palmares	1.799	2.745	1.421	51,8	1.324	48,2	378	21,0
IV- Caruaru	5.858	7.567	5.463	72,2	2.104	27,8	395	6,7
V - Garanhuns	2.762	3.198	2.639	82,5	559	17,5	123	4,5
VI- Arcoverde	3.417	3.758	3.185	84,8	573	15,2	232	6,8
VII- Salgueiro	1.951	1.852	1.804	97,4	48	2,6	147	7,5
VIII- Petrolina	5.328	5.447	5.262	96,6	185	3,4	66	1,2
IX- Ouricuri	3.057	3.183	3.027	95,1	156	4,9	30	1,0
X- Afogados da Ingazeira	1.895	2.066	1.829	88,5	237	11,5	66	3,5
XI- Serra Talhada	3.613	3.657	3.412	93,3	245	6,7	201	5,6

XII- Goiana	1.842	2.567	1.658	64,6	909	35,4	184	10,0
Total	**79.450**	**79.450**	**71.293**	**89,7**	**8.157**	**10,3**	**8.157**	**10,3**

Fonte: SIH/SUS/ Ministério da Saúde

As regiões III- Palmares (48%), II- Limoeiro (42%) e XII- Goiana (35%) têm altas taxas de evasão. I- Recife não só retém a maioria de seus pacientes (86,91%), mas também recebe um número significativo de pacientes de outras regiões (13,17%).

Destaca-se que a taxa de evasão estadual é de 10,3%. Enquanto a taxa de retenção média estadual está fixada em 89,7%.

As distâncias entre as regiões de saúde variam, desde trajetos mais curtos, como entre as regiões X -Afogados da Ingazeira e XI- Serra Talhada (84 km), até trajetos muito mais longos, como entre as regiões I- Recife e VIII- Petrolina (713 km). O tempo médio percorrido também reflete essa variação, com viagens que podem levar de 1h20min até mais de 10 horas. Dentre os resultados encontrados, o menor tempo de viagem foi de 1h20min entre X- Afogados da Ingazeira e XI- Serra Talhada, enquanto o maior é de 10h29min entre XII- Goiana e VIII- Petrolina. A distância média entre as CIRs de residência e as CIRs de internação é de aproximadamente 303,2 km e O tempo médio de deslocamento é de cerca de 4 horas e 37 minutos.

Tabela 2- Distância e tempo médio percorrido entre o município sede da região de saúde de residência e município sede da região de saúde de ocorrência.

Distância e Tempo médio percorrido entre CIR de residência e CIR de internação com taxa de retenção <80%													
CIR de Internação / CIR de Residência		**I- Recife**	**II- Limoeiro**	**III- Palmares**	**IV- Caruaru**	**V- Garanhuns**	**VI- Arcoverde**	**VII- Salgueiro**	**VIII- Petrolina**	**IX- Ouricuri**	**X- Afogados da Ingazeira**	**XI- Serra Talhada**	**XII- Goiana**
II- Limoe	**D**	81 km	-	138 km	112 km	186 km	210 km	468 km	669 km	580 km	334 km	370 km	76 km

iro	**T**	1h37 min	-	2h13m in	1h57 min	3h11mi n	3h27mi n	7h4mi n	9h26 min	8h42 min	5h6mi n	5h40 min	1h31 min
III-Palmares	**D**	123 km	138 km	-	111 km	121 km	201 km	457 km	658 km	569 km	325 km	359 km	181 km
	T	2h13 min	2h13 min	-	1h50 min	1h58mi n	3h13mi n	6h50m in	9h5mi n	8h25 min	4h54m in	5h24 min	2h45 min
IV-Caruaru	**D**	165 km	112 km	111 km	-	130 km	138 km	395 km	596 km	507 km	262 km	297 km	182 km
	T	2h28 min	1h57 min	1h50m in	-	2h14mi n	2h23mi n	6h8mi n	8h20 min	7h48 min	4h1mi n	4h40 min	3h21 min
XII-Goiana	**D**	64 km	76 km	181 km	182 km	285 km	312 km	567 km	769 km	680 km	394 km	469 km	-
	T	1h26 min	1h31 min	2h45m in	3h21 min	4h27mi n	4h48mi n	8h11m in	10h29 min	9h51 min	5h52m in	6h46 min	-

Fonte: API Google MAPS (elaboração própria)

Ao analisar o quadro 3, que mostra a distribuição das internações hospitalares por tipo de gestão (Estadual e Municipal) e região de residência no estado, identificamos que aproximadamente 61,5% das internações de crianças de até 5 anos, com doenças do aparelho respiratório ocorrem em hospitais sob gestão estadual. Regiões como XII- Goiana (97,1%), II- Limoeiro (83,9%), III- Palmares (87,2%), VIII- Petrolina (88,8%), VII- Salgueiro (84,5%) e XI- Serra Talhada (80,7%) apresentam alta taxa de internações sob gestão estadual. A região IX- Ouricuri se destaca como a região de saúde com o menor percentual de internação em serviços sob gestão Estadual (37,9%).

Tabela 3- Frequência de internação hospitalar de crianças por doenças do aparelho respiratório, no período de 2018 a 2023, nas regiões de saúde no estado de Pernambuco, por nível de gestão.

Frequência por Gestão segundo CIR internação						
CIR de Residência	**Estadual**		**Municipal**		**Total**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Afogados da Ingazeira	1.185	62,5	710	37,5	1.895	2,4
Arcoverde	2.142	62,7	1.275	37,3	3.417	4,3
Caruaru	2.872	49,0	2.986	51,0	5.858	7,4
Garanhuns	1.834	66,4	928	33,6	2.762	3,5
Goiana	1.788	97,1	54	2,9	1.842	2,3
Limoeiro	2.007	83,9	386	16,1	2.393	3,0
Ouricuri	1.159	37,9	1.898	62,1	3.057	3,8
Palmares	1.569	87,2	230	12,8	1.799	2,3
Petrolina	4.729	88,8	599	11,2	5.328	6,7

Recife	25.013	54,9	20.522	45,1	45.535	57,3
Salgueiro	1.648	84,5	303	15,5	1.951	2,5
Serra Talhada	2.917	80,7	696	19,3	3.613	4,5
Total	**48.863**	**61,5**	**30.587**	**38,5**	**79.450**	100,0

Fonte: SIH/SUS/Datasus (elaboração própria)

A análise dos dados de internações hospitalares revela que a administração pública direta e indireta é responsável pela maioria das internações de crianças por doenças do aparelho respiratório, com um total de 62.659 AIHs pagas. O que representa aproximadamente 80% do total. Em contraste, as entidades empresariais, que significa dizer que são personalidades jurídica de direito privado, apresentaram um total de 486 AIHs, o que corresponde a cerca de 0,8% do total, enquanto as entidades sem fins lucrativos respondem por 11.862 AIHs, ou cerca de 18% do total geral.

Tabela 4- AIHs pagas por internação hospitalar de crianças por doenças do aparelho respiratório, segundo Natureza Jurídica.

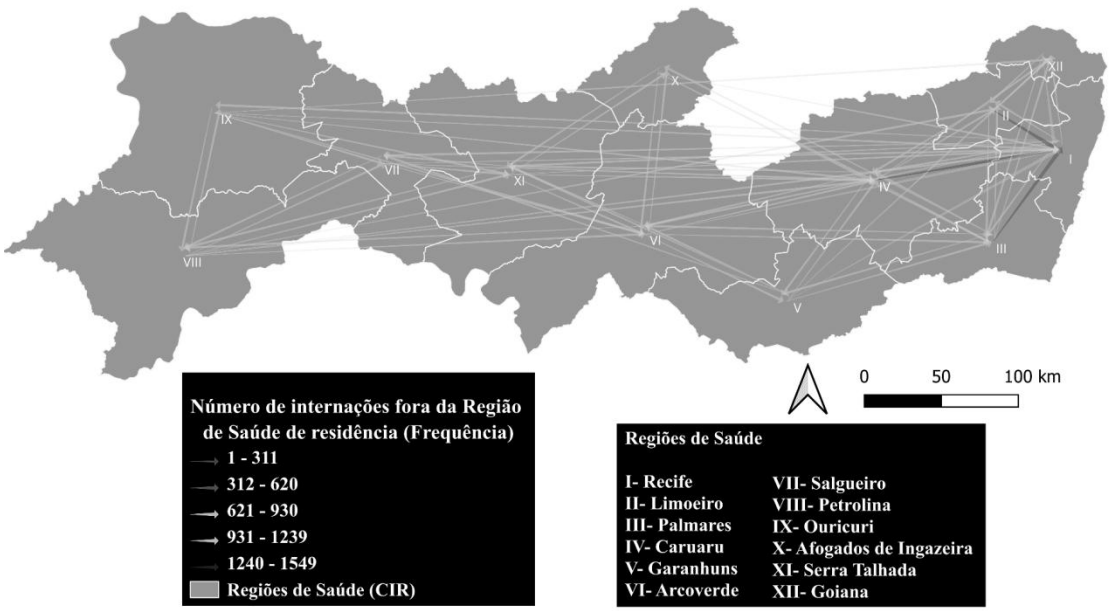
AIHs Pagas por Natureza Jurídica segundo CIR de internação								
Natureza Jurídica	**1 Administração Pública**		**2. Entidades Empresariais**		**3. Entidades sem Fins Lucrativos**		**Total**	
CIR de Internação	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
I- Recife	24.727	70,9	131	0	10.008	28,7	34.866	55,6
II- Limoeiro	1.764	86,6	-	-	274	13,4	2.038	3,3
III- Palmares	1.433	99,8	-	-	3	0,2	1.436	2,3
IV- Caruaru	4.840	97,9	-	-	104	2,1	4.944	7,9
V – Garanhuns	2.316	99,7	5	0	3	0,1	2.324	3,7
VI- Arcoverde	2.230	80,1	-	-	555	19,9	2.785	4,4
VII- Salgueiro	1.596	99,9	1	0	-	-	1.597	2,5
VIII- Petrolina	4.185	100,0	-	-	1	-	4.186	6,7
IX- Ouricuri	1.591	64,0	8	0	886	35,7	2.485	4,0
X- Afogados da Ingazeira	1.351	83,2	244	15,0	28	1,7	1.623	2,6

XI- Serra Talhada	2.832	96,7	97	3,3	-	-	2.929	4,7
XII- Goiana	1.446	100,0	-	-	-	-	1.446	2,3
Total	**50.311**	**80,3**	**486**	**0,8**	**11.862**	**18,9**	**62.659**	**100,0**

Fonte: SIH/SUS/Datasus (elaboração própria)

A figura ilustra o fluxo de deslocamento de pacientes entre as regiões no estado de Pernambuco. As setas indicam a direção e a intensidade dos fluxos, destacando a movimentação de pacientes entre diferentes regiões.

Figura 1- Mapa dos fluxos de hospitalização de crianças com doenças respiratórias nas regiões de saúde.



F

onte: SIH/SUS/Datasus (elaboração própria)

Discussão

Os resultados obtidos revelam um percentual significativo de usuários que necessitam se deslocar para outras regiões de saúde, distintas de sua área de residência, a fim de buscar assistência para doenças respiratórias. Além disso, foi

identificada uma alta dependência de serviços sob gestão estadual, bem como uma participação relevante de entidades sem fins lucrativos na gestão desses serviços.

A região I- Recife foi a região de saúde com o maior número de internações. Ressalta-se que esta é a região de saúde com maior densidade demográfica, com 41,6% do total de habitantes. Por outro lado, a região com menor densidade demográfica é VII -Salgueiro, com apenas 3% dos habitantes do estado. A região de saúde I- Recife mostrou-se desempenhar um papel fundamental na rede de saúde de Pernambuco, atuando como um importante centro macrorregional.

A centralização de internações hospitalares na capital é consistente com os achados de Silva (2021)[5] destacando a importância das redes regionalizadas de saúde para a integração e coordenação dos cuidados. A centralização pode sobrecarregar os serviços metropolitanos, mas também oferece acesso a cuidados especializados que não estão disponíveis em regiões periféricas. A elevada taxa de morbidade torna as doenças respiratórias uma das principais razões para a utilização dos serviços de saúde, especialmente os hospitalares. Cerca de 50% dos pacientes que recebem alta, após uma internação hospitalar apresentam doenças respiratórias como a principal causa, com um terço desses casos sendo devido à pneumonia. Este padrão é particularmente prevalente entre crianças menores de cinco anos de idade[6].

Resultado parecido é encontrado no Estado da Bahia, onde a concentração de serviços de maior complexidade encontra-se na capital do Estado. Essa concentração atrai pacientes das outras regiões do estado que necessitam de procedimentos mais especializados, bem como de apoio diagnóstico e terapêutico. Em outras regiões de saúde do estado, estão distribuídas principalmente unidades

hospitalares de pequeno porte, com capacidade limitada para resolver problemas de saúde mais complexos. Consequentemente, um dos principais desafios para as Secretarias Estaduais de Saúde é estabelecer uma rede de serviços de saúde que elimine os grandes vazios assistenciais, considerando a economia de escala e de escopo, além de garantir a qualidade e a integralidade da assistência[7].

Em Maceió, foi identificado que dentre as crianças estudadas com diagnóstico clínico de pneumonia ou broncopneumonia, 63,2% são residentes da capital, enquanto 36,8% residem em outros municípios. Evidenciou-se neste trabalho, que a capital atua como um centro de referência para a obtenção de assistência médico-hospitalar, inclusive para casos de fácil resolução. Esse fenômeno ocorre devido à falta de profissionais, medicamentos ou recursos diagnósticos nas unidades periféricas. Isso revela que o processo de regionalização da assistência à saúde ainda não atingiu seus objetivos, apesar dos progressos na municipalização da rede hospitalar[8].

Em Pernambuco, as regiões com menores taxas de retenção de internações coincidem, notadamente, com aquelas geograficamente mais próximas à capital. a proximidade física facilita o deslocamento para a capital, tornando mais acessível a utilização de sua rede hospitalar.

Destaca-se a elevada taxa de evasão e absorção nas regiões de Limoeiro, Palmares e Goiana pode indicar falhas no desenho regional da rede de saúde. Nessas regiões de saúde as taxas de evasão são superiores a 35%, o que significa dizer que uma parcela significativa dos pacientes precisa buscar atendimento fora de sua região. Simultaneamente, essas mesmas regiões, desponta-se com taxas de absorção de entre as maiores do estado, sugerindo que essas regiões recebem um

fluxo considerável de pacientes externos, indicando que possuem atratividade, mas não necessariamente para seus próprios residentes. Esse cenário pode apontar para um desenho regional pouco eficaz, que não corresponde às necessidades e características da população.

Os resultados ainda apontam que os residentes do estado de Pernambuco que precisam buscar assistência para doenças respiratórias precisam percorrer grandes distâncias, como é o caso de residentes da região de Saúde Petrolina que precisaram percorrer distâncias acima de 770 km para conseguir assistência à saúde na capital.

Ressalta-se que as distâncias apresentadas se referem à distância percorrida pela malha rodoviária entre as diferentes regiões no estado de Pernambuco. Isso significa que as medições consideram o trajeto real realizado pelas estradas e rodovias que conectam essas regiões, em vez de uma distância linear ou em linha reta ("distância em linha reta" ou "distância geodésica") entre os pontos.

Essa abordagem é mais representativa da realidade enfrentada por pacientes e serviços de saúde, considerando que o transporte terrestre é o principal meio de deslocamento entre as regiões de saúde. As estradas e rodovias do estado de Pernambuco variam em qualidade e condição, o que pode influenciar o tempo de viagem. Portanto, foi considerado utilizar as distâncias rodoviárias neste trabalho, por elas fornecerem uma estimativa mais precisa das condições logísticas para o acesso aos serviços de saúde.

O tempo despendido no deslocamento e os custos associados ao transporte são frequentemente considerados barreiras significativas ao acesso aos serviços de saúde. A dificuldade de acesso aos locais de atendimento, seja pela distância ou

pela falta de recursos financeiros, limita a capacidade de muitos indivíduos de obter assistência médica adequada. Além disso, a indisponibilidade de determinados serviços e a escassez de profissionais médicos em algumas regiões intensificam essa problemática[9].

A relação entre evasão e distância média de deslocamento têm implicações diretas na gestão de saúde, especialmente no que tange à alocação de recursos e ao planejamento de melhorias na infraestrutura. Para um Sistema de Saúde, compreender essa dinâmica é importante para desenvolver estratégias que minimizem a necessidade de deslocamento dos pacientes e, consequentemente, reduzam a evasão da região de saúde, assegurando um atendimento mais próximo e eficiente à população. Embora seja esperado que um sistema de saúde hierarquizado exija deslocamentos para serviços mais especializados, a presença de fluxos não planejados e as grandes distâncias percorridas pelos pacientes indicam a necessidade de um planejamento e regulação mais eficiente dessas redes[10].

Em estudos realizados sobre acesso à alta complexidade no Brasil, identificou-se que as regiões Norte e Nordeste mostram deslocamentos rodoviários superiores, enquanto os estados das regiões Sudeste e Sul necessitam de menos deslocamentos para acesso a internações e tratamentos. Esse padrão reflete a concentração de unidades de saúde de média e alta complexidade nas regiões mais desenvolvidas[10].

Sobre o tipo de gestão dos equipamentos de saúde onde a maioria dessas internações ocorrem, foi visto que a maior parte das internações ocorrem em hospitais sob gestão estadual. Isso pode significar que hospitais estaduais tendem a

ter uma infraestrutura mais desenvolvida e recursos mais abundantes, como equipamentos médicos avançados e uma gama maior de especialidades médicas.

Embora a região I- Recife tenha uma distribuição relativamente equilibrada entre as internações sob gestões estadual e municipal, a gestão estadual ainda predomina com a maioria das internações na região sob gestão municipal .

Um aspecto que emerge, é o papel central dos hospitais estaduais nas regiões. Esses hospitais são responsáveis pela maioria dos internamentos e evidencia o papel fundamental do Estado como garantidor da organização da rede de serviços hospitalares de forma regionalizada.

A predominância de internações sob leitos administrados pela Administração Pública direta e indireta é evidente em todos os municípios analisados, com Recife, Caruaru e Petrolina sendo os principais centros de internação. A presença das Entidades Empresariais mostra-se limitada, sugerindo uma oferta reduzida ou ausência de serviços hospitalares por essas entidades na região. Destaca-se que a finalidade da AIH é registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares financiadas pelo SUS, o que pode não refletir o número total de internações, uma vez que dados referentes a internações em leitos privados não são registrados na AIH.

No Estado de Pernambuco especificamente, o modelo de gestão pública adotado pela Secretaria Estadual de Saúde, abarca unidades de saúde gerenciadas diretamente pela Administração Pública e, através de unidades administradas por Organizações Sociais de Saúde (OSS). Essa abertura para administração de equipamentos de saúde através de OSS o é possível graças ao arcabouço jurídico do SUS, que permite a contratação de deste tipo de instituição para a administração

de unidades de saúde, além de contar com recursos financeiros estabelecidos tanto em nível estadual quanto nacional[11].

Santana [11] discute em seu trabalho que a principal motivação para a inclusão das OSS na Secretaria Estadual de Saúde (SES) foi a possibilidade de contratação de funcionários pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Essa modalidade de contratação não impacta o limite fiscal estabelecido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, pois esses funcionários não são empregados diretos do Estado, e sim das OSS contratualizadas.

Por outro lado, as Entidades sem Fins Lucrativos têm uma participação significativa em algumas regiões de saúde como a I- Recife. Segundo a legislação vigente para fazer jus à certificação das entidades beneficentes, a entidade de saúde deverá apresentar um desses critérios: prestar serviços ao SUS; prestar serviços gratuitos; atuar na promoção à saúde ou ser de reconhecida excelência e realizar projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS[12].

A literatura tem apontado um processo de transformação na natureza jurídica das instituições privadas, com uma mudança na classificação dessas empresas, para instituições sem fins lucrativos. Evidências apontam que essa mudança pode estar associada a fatores como a promoção de isenções fiscais e tributárias, que conferem benefícios específicos a essas organizações. Além disso, tais instituições possuem vantagens na celebração de convênios e na preferência para atuar na complementaridade de serviços públicos, além de estarem habilitadas para solicitar e receber emendas parlamentares e incentivos contratuais da administração pública[13].

A alteração da natureza jurídica das instituições privadas de "com" para "sem" fins lucrativos no Brasil disfarça um processo mais amplo de mercantilização dos serviços de saúde e reflete uma estratégia dos atores de mercado. Esse fenômeno é favorecido pela regulamentação estatal ainda em estágio inicial, e as instituições permanecem com pouca transparência sobre a quantidade de serviços oferecidos ao público[13.]

Destaca-se o setor filantrópico por este exercer um papel estratégico no SUS, sendo o único provedor de serviços hospitalares em um número significativo de municípios do interior do país. Além disso, também desempenha um papel fundamental ao fornecer serviços de maior complexidade em capitais e grandes centros urbanos[14].

Conclusão

A análise dos dados de internações hospitalares no estado de Pernambuco revela importantes dinâmicas regionais, identificando áreas com maiores evasão. Recife, como principal centro, concentra a maioria das internações hospitalares, destacando-se como um polo essencial para cuidados especializados. Além disso, foi possível avaliar o acesso aos serviços de saúde, considerando as distâncias e tempos de viagem enfrentados pelas famílias.

A similaridade de resultados encontrados em Salvador- BA e em Maceió- AL reforçam a centralização dos serviços de saúde em capitais como uma estratégia comum, mas que ainda enfrenta desafios significativos. As capitais atraem pacientes de outras regiões, e isso pode acontecer devido à falta de profissionais, medicamentos e recursos diagnósticos nas unidades do interior do Estado,

evidenciando que o processo de regionalização da saúde ainda sofre com fragilidades.

Evidenciou-se a alta taxa de evasão e captação nas regiões de Limoeiro, Palmares e Goiana sugerindo possíveis inadequações no planejamento da rede de saúde regional.

A gestão dos serviços de saúde, majoritariamente sob administração estadual em Pernambuco, reflete uma infraestrutura mais robusta e a capacidade de fornecer cuidados especializados pela Secretaria Estadual de Saúde, entretanto, mostra que municípios, principalmente os mais distantes da capital, têm dificuldade em oferecer cuidado integral à saúde. Contatou-se ainda que a natureza jurídica dos serviços de saúde no Estado é predominantemente marcada pela administração pública, tanto direta quanto indireta, com uma importante participação de entidades sem fins lucrativos.

Como limitações, o presente estudo apresenta a dependência de dados secundários obtidos de registros hospitalares que pode afetar a precisão dos resultados, uma vez que a qualidade desses dados pode variar. Há ainda limitações quanto a apresentação dos resultados de distância percorrida, podendo não refletir exatamente a realidade tendo em vista que, para o estudo, foi elegido os municípios sedes como referência para o cálculo. Entretanto, ressalta-se sobre a importância de estudos sobre este tema, que jogam luz sobre as redes regionalizadas e acesso à saúde. Os resultados desse estudo podem ser usados para comparar o panorama das redes regionalizadas do Brasil. Além disso, defende-se a implementação de políticas que reduzam as desigualdades na oferta de serviços regionalizados.

Referências

1. Pereira FHLC da S. Um olhar crítico à descentralização de serviços públicos de saúde em atenção hospitalar. Rev Direito Sanitário. 2020;20(3):247-239. https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p247-239
2. Shimizu HE, Carvalho ALB, Cordoni Junior L, Zoboli ELCP, Moreira LQ. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2021 Aug;26(suppl 2):3385-96. Available from: https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23982019
3. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União; 2011. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/d7508.htm
4. Bhurtel R, Pokhrel RP, Kalakheti B. Acute respiratory infections among under-five children admitted in a tertiary hospital of Nepal: a descriptive cross-sectional study. JNMA J Nepal Med Assoc. 2022;60(245):17-21. doi: 10.31729/jnma.6889» https://doi.org/10.31729/jnma.6889
5. Silva EN da, Soares FRG, Frio GS, Oliveira A, Cavalcante FV, Martins NRAV, et al.. Inpatient flow for Covid-19 in the Brazilian health regions. Saúde debate [Internet]. 2021;45(131):1111–25. Available from: https://doi.org/10.1590/0103-11042021131131
6. Souza MS, Aquino R, Pereira SM, Costa MC, Barreto ML, Natividade M, et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015 Jan;31(1):111-20. Available from: https://doi.org/10.1590/0102-311X00000414
7. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia; 2009. Plano Estadual de Saúde [2008-2011]. ISSN 0100-0233.

8. Simons DA, Paixão AC, Rivorêdo CRSF. Pneumonia em Crianças de 0 a 4 Anos: confronto de diagnósticos. In: Cunha AJLA, Benguigui Y, Silva MASF, editores. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006. p. 335-56. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788575416044.0018
9. Oliveira RAD de, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019;35(11):e00120718. Available from: https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718
10. 16 Saldanha RF, Xavier DR, Carnavalli KM, Lerner K, Barcellos C. Estudo de análise de rede do fluxo de pacientes de câncer de mama no Brasil entre 2014 e 2016. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019;35(7). Available from: https://doi.org/10.1590/0102-311X00090918. Acesso em: 8 set. 2024.
11. Santana VGD, Santos PM dos. Modelos de gestão pública da Secretaria de Saúde de Pernambuco: implicações na gestão do trabalho. Saúde Debate [Internet]. 2017 Jan;41(112):122-32. Available from: https://doi.org/10.1590/0103-1104201711210
12. Brasil. Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021. Diário Oficial da União [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 8]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp187.htm
13. Sellera PEG, Brito CBM de, Jovanovic MB, Rodrigues SO, Oliveira CFDS de, Santos SO dos, et al. A Implantação do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2019 Jun;24(6):2085–94. Available from: https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.07952019.
14. Amorim DP de L, Souza AA de. Caracterização assistencial dos hospitais filantrópicos da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Cad saúde colet [Internet]. 2019Apr;27(2):234–40. Available from: https://doi.org/10.1590/1414-462X201900020142

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados de internações hospitalares no estado de Pernambuco revela importantes dinâmicas regionais. Recife, mostra-se como principal centro, concentrando a maioria das internações hospitalares, destacando-se como um polo para cuidados hospitalares.

A similaridade de resultados encontrados no estado da Bahia e em Maceió reforçam a centralização dos serviços de saúde em capitais. Essas capitais atraem pacientes do interior do estado, e isso pode acontecer devido a fragilidades da rede de atenção à saúde em regiões de saúde mais afastadas da capital, evidenciando que o processo de regionalização da saúde ainda enfrenta desafios.

A gestão dos serviços de saúde, majoritariamente sob administração estadual em Pernambuco, reflete uma infraestrutura mais robusta e a capacidade de fornecer cuidados especializados pela Secretaria Estadual de Saúde, entretanto, mostra que municípios, principalmente os mais distantes da capital, tem dificuldade em oferecer cuidado integral à saúde.

Portanto, é essencial investir na infraestrutura de saúde regional e fortalecer a continuidade de cuidado para garantir um acesso equitativo e eficiente aos serviços de saúde em todo o estado. O fortalecimento das redes regionalizadas e a coordenação dos cuidados são fundamentais para mitigar as disparidades regionais e assegurar a integralidade da assistência, promovendo um sistema de saúde mais justo e acessível para todos os cidadãos.

Como limitações, o presente estudo apresenta a dependência de dados secundários obtidos de registros hospitalares que pode afetar a precisão dos resultados, uma vez que a qualidade desses dados pode variar.

A análise da regionalização através do estudo de fluxos de internação de doenças respiratórias em crianças revelou padrões regionais de saúde, identificando áreas com maiores evasão. Além disso, foi possível avaliar o acesso aos serviços de saúde, considerando as distâncias e tempos de viagem enfrentados pelas famílias, o que é importante para melhorar a distribuição de unidades hospitalares e serviços

especializados, especialmente em regiões mais afastadas. Esses dados são fundamentais para a formulação de políticas públicas e alocação de recursos, além de contribuir para a pesquisa científica ao oferecer melhor percepção sobre a regionalização na rede de saúde especializada.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, F. H. C. As reformas legais e o processo de descentralização: aspectos jurídicos e políticos. *Revista de Sociologia e Política*, v. 19, n. 39, p. 197–210, jun. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsocp/a/DvCJWdVtjVpvgHBjRVhH7Vp/?format=pdf. Acesso em: 12 out. 2023.

ALMEIDA, P. F. D.; CASOTTI, E.; SILVÉRIO, R. F. L. Trajetórias assistenciais de usuários com COVID-19: das medidas preventivas à reabilitação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. e00163222, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/TrJWgrJ7PLLFhSjD3KQwtgh/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 12 out. 2023.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 455–479, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/mrGcRcbnQ3NsjcdythpMBCQ/abstract/?lang=pt. Acesso em: 12 out. 2023.

BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. D. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 133, p. 551–570, abr. 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zDrYHM4dtZdPqx3kGBWBWrr/. Acesso em: 10 out. 2023.

BENICIO, M. H. D. et al. Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 6 suppl, p. 91–101, dez. 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/pFZ994NPbJLWY5NW77FKGVs/. Acesso em: 20 out. 2023.

BORSATO, F. G.; CARVALHO, B. G. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. *Ciência & Saúde Coletiva*,

[S.l.], v. 26, n. 4, p. 1275–1288, abr. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.10212019. Acesso em: 08 set. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Alternativas-de-Gerencia-de-UnidadesPublicas-de-Saude.pdf. Acesso em: 05 out. 2023.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 05 out. 2023.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Nova política de financiamento do SUS para 1991. Norma Operacional Básica nº 01/91. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 jan. 2007. Disponível em: http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=10/01/1991&jornal=1&pagina=49&totalArquivos=136. Acesso em: 04 out. 2023.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92). Brasília, DF: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1992. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Acesso em: 04 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.html. Acesso em: 04 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 04 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. Brasília, DF, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 04 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. 2. ed. Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf. Acesso em: 04 out. 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.023, de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOBSUS 01/96. *Diário Oficial [da] República Federal do Brasil*, Brasília, DF, 06 nov. 1996. Disponível em: http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/11/1996&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=96. Acesso em: 04 out. 2023.

DOWBOR, M. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, n. 78, p. 158–222, 2009. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/ln/a/kbvJGkQ7cd7zcgmvg5W9j5L/?lang=pt. Acesso em: 12 out. 2023.

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 472–485, jun. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cKdvDBTfQJnTtBTkPdTtykr/abstract/?lang=pt. Acesso em: 01 nov. 2023.

BUBOLTZ, F. L.; SILVEIRA, E. T. N.; PRATO, M. I. C. Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.*, v. 14, n. 1, p. 33–39, jul. 2014. Disponível em: https://journal.sobep.org.br/article/doencas-respiratorias-na-infancia-uma-revisao-integrativa/. Acesso em: 20 out. 2023.

FARIA, R. M. de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 25, n. 11, p. 4521-4530, nov. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018. Acesso em: 08 set. 2024.

FERNANDES, F. M. B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1311–1320, abr. 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n4/1311-1320/. Acesso em: 12 nov. 2023.

Forum of International Respiratory Societies (FIRS). The global impact of respiratory disease - second edition. Sheffield, European Respiratory Society, 2017 [Internet]. Disponível em: https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease.pdf. Acesso em: 04 out. 2023.

GOMES, T. dos S.; SANTOS, A. de F. dos; MACHADO, A. T. G. da M.; ARAÚJO, L. H. L. de; CELLA, J. N. Relação entre natureza jurídica de prestadores de serviços e qualidade na atenção básica brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 36, n. 2, e00231518, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00231518. Acesso em: 08 set. 2024.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 4, p. 1017–1025, ago. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/55PbB59cjBGymLg7tYQ6gnx/?format=pdf. Acesso em: 12 nov. 2023.

LEAL, L. F. et al. Indicação, acesso e utilização de medicamentos para doenças respiratórias crônicas no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), 2014. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 10, 11 out. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/yjgpPp6mjnsCpz7rXLCj43B/. Acesso em: 20 out. 2023.

LIMA, L. D. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1903–1914, jul. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/FyqLwWmbv8WQs8BPW8scpTt/abstract/?lang=pt. Acesso em: 12 nov. 2023.

LOBATO, L. D. V. C.; MARTICH, E.; PEREIRA, I. D. F. Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 108, p. 74–85, mar. 2016a. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/FyqLwWmbv8WQs8BPW8scpTt/abstract/?lang=pt. Acesso em: 12 out. 2023.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005.

MORAIS, H. M. M. D. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 1, 5 fev. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/S3WHg5SLbnggrCNdjPpnLsg/abstract/?lang=pt. Acesso em: 12 out. 2023.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Integralidade: Algumas Reflexões. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 3, p. 146–152, set. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/8tH7ktMLYjTxKQyqMJsQPMm/. Acesso em: 01 out. 2023.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1193–1207, abr. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/yPgCpmw8dfRm3h93mFSzhxP/abstract/?lang=pt. Acesso em: 13 nov. 2023.

PINAFO, Elisangela; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brígida Gimenez; MENDONÇA, Fernanda de Freitas; DOMINGOS, Carolina Milena; SILVA, Camila Ribeiro. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, maio 2020.

PRATO, M. I. C.; SILVEIRA, A.; NEVES, T. E.; BUBOLTZ, F. L. Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.*, v. 14, n. 1, p. 33–39, jul. 2014. Disponível em: https://journal.sobep.org.br/article/doencas-respiratorias-na-infancia-uma-revisao-integrativa/. Acesso em: 20 out. 2023.

PREZOTTO, K. H.; CHAVES, M. M. N.; MATHIAS, T. A. D. F. Hospital admissions due to ambulatory care sensitive conditions among children by age group and health region. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 1, p. 44–53, fev. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/dTHRXbLKvM3f55PWvbZ47jw/?lang=pt. Acesso em: 20 out. 2023.

RIBEIRO, J. M. et al. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1777–1789, jun. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/C3hTNXwkCW9Rgfhh4P7D76y/abstract/?lang=pt. Acesso em: 13 nov. 2023.

SANTANA, V. G. D.; SANTOS, P. M. dos. Modelos de gestão pública da Secretaria de Saúde de Pernambuco: implicações na gestão do trabalho. *Saúde em Debate*, [S.l.], v. 41, n. 112, p. 122–132, jan. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201711210. Acesso em: 08 set. 2024.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1281–1289, abr. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/7M3PKSBdctVSpkvJTYy5Rdz/abstract/?lang=pt. Acesso em: 13 nov. 2023.

SHIMIZU, Helena Eri et al. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 26, suppl 2, pp. 3385-3396, ago. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.23982019. Acesso em: 04 set. 2024.

SOUSA, C. A. D. et al. Doenças respiratórias e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, 2008-2009. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 1, p. 16–25, fev. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/wzxmBkBPFbcjdNwKVQsKQMx/. Acesso em: 12 nov. 2023.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. Integrality: life principle and right to health. *Investigación y Educación en Enfermería*, v. 33, n. 2, 15 jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=e. Acesso em: 04 out. 2023.

ANEXO I

Normas de submissão de artigos à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) / Brazilian Journal of Mother and Child Health (BJMCH).

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) / Brazilian Journal of Mother and Child Health (BJMCH) é uma revista de acesso aberto com publicação em fluxo contínuo. A missão da RBSMI é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno infantil. As contribuições contemplam os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, podendo levar em conta seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos, cirúrgicos e psicossociais.

Cada artigo é publicado em inglês e português ou inglês e espanhol conforme a língua de origem do manuscrito submetido, podendo ser enviado em qualquer um dos três idiomas. A avaliação e seleção dos manuscritos baseia-se no princípio da avaliação pelos pares.

É exigido que o manuscrito submetido não tenha sido publicado previamente bem como não esteja sendo submetido concomitantemente a outro periódico.

Tipos de documentos aceitos

Os manuscritos submetidos devem se adequar a uma das seguintes seções da Revista:

Editorial escrito por um ou mais Editores ou a convite do Editor Chefe ou do Editor Executivo, sendo obrigatório incluir as referências bibliográficas das citações.

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados bem como sugestões para novos estudos relativos ao assunto. Podem ser do tipo narrativa, ou sistemática, podendo esta última, ser expandida com meta-análise. As revisões narrativas e integrativas só serão aceitas a convite dos editores. Sua organização pode conter tópicos referentes a subtemas conforme a

sua relevância para o texto, e para as revisões sistemáticas, seguir as recomendações do PRISMA statement. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências. Recomenda-se o registro dos protocolos de revisões sistemáticas, como PROSPERO (https://www.crd.york.ac.uk/prospero/), o qual não é obrigatório, mas em se fazendo deverá ser mencionado no artigo.

Artigos Originais divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: Introdução: onde se apresenta a relevância do tema estudos preliminares da literatura e as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; Métodos: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. Resultados: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos e fotografias); Discussão: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total e recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas. Para cada desenho de estudo deve-se seguir as recomendações internacionais, utilizando suas respectivas listas de checagem, como STROBE statement, para estudos observacionais, STARD statement, para estudos de acurácia diagnóstica, CONSORT statement, para ensaios clínicos, etc.

No caso de ensaio clínico é obrigatório o registro do protocolo em bases de dados especializadas, como o ClinicalTrial.gov (https://clinicaltrials.gov/) ou Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) (https://ensaiosclinicos.gov.br/).

Trabalhos qualitativos são aceitos, devendo seguir os princípios e critérios metodológicos usuais para a elaboração e redação dos mesmos. O artigo qualitativo deve apresentar explicitamente análises e interpretações fundamentadas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova o diálogo entre as Ciências Sociais e Humanas e a Saúde Pública. No seu formato é admitido apresentar os resultados e

a discussão em uma seção única, neste caso, pode ser acrescentado o item "Considerações finais".

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo três tabelas e figuras no total, com até 15 referências.

Relato de Caso/Série de Casos casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: Introdução, Descrição e Discussão. O limite de palavras é 2.000 e até 15 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais referem-se a informações relevantes de centros de pesquisa concernentes às suas atividades científicas e organizacionais. Deverão ter estrutura similar a uma Revisão Narrativa. Por outro lado, podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

Ponto de Vista opinião qualificada sobre temas do escopo da revista (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação online (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na revista, podendo ter no máximo 600 palavras e até 10 referências.

Artigos Especiais textos cuja temática esteja ligada direta ou indiretamente ao escopo da revista, seja considerada de relevância pelos editores e não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Algumas características resumidas das seções dos manuscritos estão descritas na tabela abaixo:

Características resumidas das seções dos manuscritos - RBSMI.					
Seção	**Número de palavras**	**Número de Tabelas / Figuras**	**Número de Referências**	**Resumo (210 palavras)**	**Contribuição do autor**
Editorial (à convite do Editor Chefe)	700	Até 2	Até 15	Não	Não
Artigo de Revisão	6.000	Até 5	Até 60	Sim	Sim
Artigo Original	5.000	Até 5	Até 30	Sim	Sim
Nota de Pesquisa	1.500	Até 3	Até 15	Sim	Sim
Relato de Caso / Série de Casos	2.000	Até 2	Até 15	Sim	Sim
Informe Técnico-Institucional	5.000	Até 5	Até 30	Sim	Sim
Ponto de Vista	1.500	Até 2	Até 15	Não	Sim
Artigo Especial	7.000	Até 5	Até 30	Sim	Sim
Resenha	1.500	Até 2	Até 15	Não	Sim
Cartas	600	Até 2	Até 10	Não	Sim

Preprints serão aceitos aqueles depositados em servidor e/ou durante o processo de avaliação por pares.

Contribuição dos Autores

A **RBSMI** passou a utilizar a estrutura de taxonomia do Contributor Roles Taxonomy CRediT https://credit.niso.org/. Em caso de mais de um autor, na produção de artigo, de acordo com a taxonomia CRediT, todos os autores devem descrever a sua participação na elaboração do manuscrito.

Preparação do Manuscrito

A RBSMI indica aos autores que antes da submissão, verifiquem se o manuscrito esteja de acordo com às normas da Revista para que o mesmo seja protocolado mais rapidamente seguindo o fluxo.

Os manuscritos deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Deve-se estruturar o manuscrito conforme as normas de cada seção do periódico.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de palavras exclui títulos, resumos, palavras-chave, tabelas, figuras e referências.
2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.
3. Nos artigos de título extenso (12 ou mais termos) é exigido também apresentar o título abreviado (máximo 9 termos).
4. Cover Letter: texto de encaminhamento do manuscrito para a revista que deve ser informado sobre a originalidade do mesmo e a razão porque foi submetida à RBSMI. Além disso deve informar a participação de cada autor na elaboração do trabalho, que todos os autores revisaram a versão submetida, que o artigo não foi submetido a outra revista, o autor responsável pela troca de correspondência e as fontes, tipo de auxílio e nome da agência financiadora.

Formato de Envio dos Artigos

Identificação:

- **Títulos** do trabalho (português ou espanhol e em inglês);
- **Títulos abreviados** (Português ou Espanhol e em Inglês) (máximo 9 palavras);
- **Nome e endereço institucional completo dos autores e respectivas instituições** (uma só por autor);

- **Nome dos autores** (quando sobrenome composto [Ex.: Castelo Branco C, Levi-Castilho R, Coelho Netto NM]);
- Afiliação completa dos autores;
- **ORCID** de todos os autores;
- **E-mail** do autor de contato;
- **Resumos** deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português ou espanhol e em inglês. Para os artigos originais e notas de pesquisa os resumos devem ser estruturados em: Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões. Relatos de caso/Série de casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição e Discussão. Nos artigos de revisão sistemática os resumos deverão ser estruturados em: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores e seleção dos estudos), Resultados e Conclusões. Para o informes técnico-institucionais e artigos especiais o resumo não é estruturado.
- **Palavras-chave** para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português ou espanhol e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários. (Os metadados, compreendendo o título, resumo e palavras-chaves devem ter obrigatoriamente versão no idioma inglês, quando o idioma do texto é diferente do inglês);
- **Financiamento** Informar fontes;
- **Registro de DOI** (caso preprints);
- **Idioma** dos artigos;
- **Comprimento** dos manuscritos (considerar espaçamento);
- Declaração informando que a pesquisa foi aprovada por um comitê de ética institucional.

Ativos Digitais

Tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas e fotografias) deverão ser inseridas após a seção de referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais. Não publicamos em colorido, hachurado, tridimensional, nem em formato de pizza; Resolução 300dpi.

Citações e Referências

A revista adota as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos aqui especificados:

- Livro (Autor. Título. Edição. Local: casa editora; Ano)

Heeringa SG, West BT, Berglund PA. Applied survey data analysis. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press, Taylor and Francis Group; 2017.

- Capítulo de Livro (Autor. Título do capítulo. In: organizadores. Título do livro. Edição. Local: casa editora; Ano. Páginas inicial e final do capítulo)

Demakakos P, McMunn A, Steptoe A. Well-being in older age: a multidimensional perspective. In: Banks J, Lessof C, Nazroo J, Rogers N, Stafford M, Steptoe A, editors. Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. The 2008 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 4). London: The Institute for Fiscal Studies; 2010. p.131-93.

- E-book

Editor, Organizador, Compilador (Autor (es), editor. Título. Local: casa editora; Ano)

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer. Washington(D.C): National Academy Press; 2001.

- Eventos no todo (Reuniões, Encontros Científicos)

(Evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano)

Anais do IX Congresso Estadual de Medicina Veterinária; 13-16 jul 1985; Santa Maria, RS. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 1985.

Proceedings of the 12th International Triennial Congress of the International Ergonomics Asociation; 1994 Aug 15-19; Toronto, CA. Toronto: IEA; 1994.

- Trabalho apresentado em evento (anais publicados)

(Autor. Título do trabalho. In: evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano. Páginas inicial e final)

Jung MRT. As técnicas de marketing a serviço da Biblioteconomia. In: Anais IX Congresso Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação; 18 - 19 maio 2005; Salvador, BA. Brasília (DF): Associação Brasileira de Bibliotecários; 2005. p. 230-9.

- **Trabalho apresentado em evento (não publicados)**

(Autor. Título [Evento; Data; Local do evento]

Philippi Jr A. Transporte e qualidade ambiental [Apresentação ao Seminário Riscos do Cotidiano no Espaço Urbano: desafios para a saúde pública; 1994 set 20; Rio de Janeiro, Brasil].

- **Dissertações e Teses**

(Autor. Título [dissertação/tese]. Local: entidade responsável; Ano.)

Pedroso M. Inteligência decisória e análise de políticas públicas: o caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) [**tese**]. Brasília(DF): Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília; 2011.

Jardim DMB. Pai-acompanhante e a sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho [**dissertação**]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

Considerando que o estilo Vancouver não considera com as informações das leis brasileiras, há adaptações:

- Documentos de Natureza Governamental

Competência (país, estado, cidade). Título (especificações da legislação, número e data). Ementa. Título da publicação oficial. Local (cidade): casa editora e Data (ano, mês e dia); Seção, volume, número, paginação. [data de acesso]. Site disponível

- Ministério da Saúde (BR). Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): DOU 27

de junho 2011. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

- Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): DOU 20 de setembro de 1990. [acesso em 2022 set 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília (DF): DOU 4 de março de 2008. [acesso em 2022 set 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2019. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Outubro de 2019. [acesso em 2022 set 15]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2019/sifilis/boletim_sifilis_2019_internet-1.pdf/view

- World Health Organization (WHO). Ear and hearing care: indicators for monitoring provision of services. Geneva: WHO; 2019. [access in 2022 set 15]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/ear-and-hearing-care-indicators-for-monitoring-provision-of-services

- **Artigo Publicado em Periódico**
(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)
Stewart JE, Bentley JE. Hearing loss in pediatrics: what the medical home needs to know. Pediatr Clin North Am. 2019 Abr; 66 (2): 425-36.

- **Artigo Publicado em Número Suplementar**
(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número suplemento): páginas inicial e final)

Ko JY, DeSisto CL, Simeone RM, Ellington S, Galang RR, Oduyebo T, et al. Adverse pregnancy outcomes, maternal complications, and severe illness among US delivery hospitalizations with and without a coronavirus disease 2019 (COVID-19) Diagnosis. Clin Infect Dis. 2021 Jul; 73 (Supl. 1): S24-S31.

- Citação de Editorial, Cartas

(Autor. Título [Editorial/Carta]. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final)

Cabral-Filho JE. A Pesquisa Qualitativa, um foco da RBSMI [Editorial]. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2022; 22 (2): 197.

Souza ASR, Katz L, Amorim MMR. Esforços para combater a mortalidade materna por COVID-19 no Brasil [Carta]. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2022; 22 (2): 453-4.

- Artigo Publicado em periódico eletrônico

(Autor. Título. Sigla do Periódico [internet]. Ano [data de acesso]; Volume (número): páginas inicial e final. Site disponível)

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico online]. 2005 [acesso em 2006 jun 26]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacriança.org.br/105/pag14/pdf.

Najim RA, Al-Waiz MM, Al-Razzuqi RA. Acetylator phenotype in Iraqui patients with atopic dermatitis. Dermatol Online J [Internet]. 2006 [access in 2007 Jan 9]; 12 (7). Available from: http://dermatology. cdlib.org/127/original/acetylator/najim.html

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. S Afr Med J [Internet]. 2006 [access in 2007 Jan 9]; 96 (8): 696-7. Available from: http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?essionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/ m_samj_v96_ n8_a12.pdf

Artigo aceito para publicação em periódico

(Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano. (No prelo).

Yang AF, San Chun K, Yu L, Walter JR, Kim D, Lee JY, et al. Validation of a hand-

mounted wearable sensor for scratching movements in adults with atopic dermatitis, J Am Acad Dermatol. 2022. (No prelo).

- Materiais eletrônicos disponíveis em CD-Rom

(Autor. Título [tipo de material]. Editor, Edição. Versão. Local: Editora; Ano.)

Reeves JRT, Maibach H. CDI, clinical dermatology illustred [monografia em CD-ROM]. Multimedia Group, producers. 2nd ed.Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

- Material de acesso exclusivo em meio eletrônico

Homepage

Autoria. Título. [suporte]. Local; Ano [acesso ano mês dia]. Disponibilidade de acesso

Instituto Oswaldo Cruz. Departamento de Ensino. IOC ensino [Internet]. Rio de Janeiro, Brasil; 2004. [acesso em 2004 mar 3]. Disponível em: http://157.86.113.12/ensino/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/html

Para outras informações consulte o site ICMJE: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Documentos Suplementares

Na ocasião de submissão do manuscrito, faz-se obrigatório o preenchimento e envio dos seguintes formulários:

- Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta;
- Formulário de Disponibilidade de Dados - Nível 1;
- Declaração de Direitos autorais (modelo);
- Aprovação do Comitê de Ética.

Declaração de Financiamento

Informar se durante a pesquisa houve fontes de apoio, patrocinadores, incluindo nomes e explicações sobre o papel dessas fontes.