



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



DÉBORA SOLEDADE DE OLIVEIRA

**REGIONALIZAÇÃO DA ALTA COMPLEXIDADE EM
PERNAMBUCO(2011-2023):PRODUÇÃO, EVOLUÇÃO
TEMPORAL E GASTO NAS MACRORREGIÕES DE
PERNAMBUCO**

RECIFE

2025

DÉBORA SOLEDADE DE OLIVEIRA

**REGIONALIZAÇÃO DA ALTA COMPLEXIDADE EM
PERNAMBUCO(2011-2023):PRODUÇÃO, EVOLUÇÃO
TEMPORAL E GASTO NAS MACRORREGIÕES DE
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco como parte do requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Política de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli.

Coorientador: Prof. Dr. Fernando Castim Pimentel.

RECIFE

2025

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Oliveira, Débora Soledade de.

Regionalização da alta complexidade em Pernambuco (2011-2023): produção, evolução temporal e gasto nas macrorregiões de Pernambuco / Débora Soledade de Oliveira. - Recife, 2025.
76f.: il.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

Orientação: Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli.

Coorientação: Prof. Dr. Fernando Castim Pimentel.

1. Regionalização; 2. Assistência integral à saúde; 3. Financiamento da assistência à saúde; 4. Análise espacial; 5. Análise por conglomerados. I. Martelli, Petrônio José de Lima. II. Pimentel, Fernando Castim. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

DÉBORA SOLEDADE DE OLIVEIRA

**REGIONALIZAÇÃO DA ALTA COMPLEXIDADE EM
PERNAMBUCO(2011-2023):PRODUÇÃO, EVOLUÇÃO
TEMPORAL E GASTO NAS MACRORREGIÕES DE
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco como parte do requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli.

Coorientador: Prof. Dr. Fernando Castim Pimentel.

BANCA EXAMINADORA

Profº Dr. Petrônio José de Lima Martelli.

Orientador-UFPE

Profº Dr. Ronald Pereira Cavalca

Avaliador Externo Titular-UFPE

Profº Dra. Gabriella Morais Duarte Miranda

Avaliadora Interna Titular-UFPE

AGRADECIMENTOS

Agradeço, a Deus e ao Espírito Santo, por me concederem força, sabedoria e serenidade para enfrentar e superar as adversidades ao longo deste percurso. A minha gratidão estende-se também a São Josemaría Escrivá, cuja intercessão me sustentou nos momentos de desafio e me ajudou a encontrar alegria e sentido nas tarefas do cotidiano. Foi com fé, esperança e entrega que consegui concluir esta dissertação, superando os obstáculos e alcançando esta conquista.

Agradeço a mim mesma pela resiliência, dedicação e coragem demonstradas em cada etapa desta jornada. Pela capacidade de persistir diante das dificuldades, de acreditar nos meus objetivos e de não desistir, mesmo nos momentos mais desafiantes. Este trabalho é também o reflexo da minha superação, do meu esforço e da confiança que mantive em mim mesma — inclusive nos momentos em que tive de me dividir entre os papéis de mãe, esposa, dona de casa, estudante e trabalhadora do SUS.

Ao meu marido, César Chagas Costa, o meu mais sincero agradecimento por ser, ao longo de todo este percurso, um apoio incondicional, companheiro presente e incentivador constante. A tua paciência, compreensão e palavras de encorajamento nos momentos mais desafiantes foram essenciais para que eu pudesse chegar até aqui. Obrigada pelo amor, pela partilha e pelo suporte diário que tornaram possível a realização deste mestrado.

Agradeço, com profunda gratidão, ao meu avô, Reginaldo Vitorino de Oliveira, por ter sido essencial no meu processo de educação e formação humana. O seu apoio incondicional, não apenas afetivo, mas também através do incentivo na minha educação. O seu compromisso com o meu futuro foi um verdadeiro ato de amor e confiança.

Agradeço de coração às mulheres incríveis que estiveram ao meu lado, sendo minhas incentivadoras e cuidando do meu filho com tanto carinho, especialmente nos momentos em que precisei me ausentar das tarefas do dia a dia. A presença, a ajuda e o afeto de vocês foram essenciais. Em especial, agradeço à minha mãe Margarette Glady, à minha sogra Maria Emilia, e à minha tia Maria Goreti.

Agradeço aos meus colegas de turma pelo companheirismo ao longo desta caminhada. Pelo “café com lágrimas”, pelas conversas descontraídas e pelos inúmeros momentos de leveza

que, embora simples, foram essenciais para tornar esta jornada mais suportável e significativa. A vossa presença fez toda a diferença neste percurso.

Ao meu orientador, Dr. Petrônio José de Lima Martelli, agradeço pela orientação e incentivo constante, que foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho, bem como para o meu crescimento pessoal e profissional. Expresso também a minha sincera gratidão pela confiança depositada em mim desde o início deste percurso.

Ao meu coorientador, Dr. Fernando Castim Pimentel, manifesto o meu profundo agradecimento pela paciência, compreensão, educação e gentileza, disponibilidade e apoio ao longo de todo o processo de elaboração desta dissertação. As suas valiosas sugestões e a sua experiência foram de grande importância para essa conquista.

RESUMO

A regionalização configura-se como uma diretriz estruturante e essencial para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo requisito fundamental para a efetivação do princípio da universalidade do acesso. Contudo, a expansão do acesso e a adequação da oferta de serviços configuram-se como desafios persistentes, notadamente no âmbito da atenção de alta complexidade, que requer recursos humanos altamente especializados e se caracteriza pela realização de procedimentos de elevado grau tecnológico e custos expressivos. O objetivo deste estudo é analisar a tendência temporal e a distribuição espacial dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, e dos respectivos gastos no âmbito da gestão estadual do SUS, nas macrorregiões de saúde de Pernambuco, entre 2011 a 2023. Foi realizado um estudo de caso ecológico misto, cujas unidades de análise espacial foram as macrorregiões de Pernambuco e unidade de análises temporal, os anos de 2011 a 2023. A pesquisa baseou-se em dados provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Foram analisadas a frequência dos grupos de procedimentos por local de ocorrência e valores aprovados e a distribuição entre as quatro macrorregiões de saúde. Para a análise temporal, utilizou-se a regressão linear de Prais-Winsten. Foram realizados 21.894.001, dos quais 97,3% corresponderam ao componente ambulatorial e 2,7% à procedimentos hospitalares, estes corresponderam a 40,8% dos custos. Observou-se concentração de procedimentos na I Macrorregião (metropolitana), com oferta residual nas demais, especialmente na III Macrorregião (Sertão). Quanto à tendência temporal, a maioria dos procedimentos apresentaram tendência crescente ou estacionária, destacando-se a III macrorregião com tendência crescente em todos os grupos de procedimentos, especialmente nos cirúrgicos VPA(29,21%)IC95%(16,20;-43,68). A análise revelou concentração de procedimentos na I macrorregião e a tendência temporal revelou comportamentos distintos entre grupos de procedimentos e macrorregiões.

Palavras-chaves: Regionalização; Assistência Integral à Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde; Análise espacial; Análise por Conglomerados.

Abstract

Regionalization is a core and essential guideline for the development of the Brazilian Unified Health System (SUS), constituting a fundamental requirement for ensuring universal access. However, expanding access and adapting the supply of services remain persistent challenges, especially regarding high-complexity care, which demands highly specialized professionals and involves procedures characterized by high technology and significant costs. This study aimed to analyze the temporal trends and spatial distribution of high-complexity outpatient and hospital procedures, as well as the corresponding expenditures under the state-level management of SUS, across the health macroregions of Pernambuco from 2011 to 2023. An ecological mixed case study was conducted, with the macroregions as spatial units of analysis and the years 2011–2023 as the temporal unit. Data were obtained from the Outpatient Information System (SIA/SUS) and the Hospital Information System (SIH/SUS). We analyzed the frequency of procedure groups by place of occurrence, approved expenditures, and their distribution across the four macroregions. For the temporal analysis, Prais–Winsten linear regression was used. A total of 21,894,001 procedures were performed, of which 97.3% were outpatient and 2.7% hospital procedures; however, hospital procedures accounted for 40.8% of total costs. A concentration of procedures was observed in the 1st macroregion (metropolitan area), with residual provision in other regions, particularly in the 3rd macroregion (Sertão). Regarding temporal trends, most procedures showed either increasing or stationary trends, with the 3rd macroregion standing out for an upward trend across all procedure groups, especially surgical procedures (VPA=29.21%, 95%CI: 16.20; 43.68). The analysis revealed a marked concentration of procedures in the 1st macroregion and heterogeneous temporal trends across procedure groups and macroregions.

Keywords: Regionalization; Comprehensive Health Care; Health Care Financing; Spatial Analysis; Cluster Analysis

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição e Organização das macrorregiões do estado de Pernambuco, 2025.....	21
Figura 2- Distribuição dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais de alta complexidade por Macrorregião de Saúde. Pernambuco. 2011-2023.....	32
Figura 3 - Distribuição espacial dos procedimentos ambulatoriais e valores aprovados -Pernambuco, 2011 a 2023	33
Figura 4 -Distribuição espacial dos procedimentos hospitalares e valores aprovados - Pernambuco, 2011 a 2023.	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade por Grupo de procedimento segundo quantidades e valores aprovados. Pernambuco(2011-2023).....	31
Tabela 2 - Análise de tendências de grupo de procedimento ambulatorial e hospitalar por macrorregião. Pernambuco, Nordeste, Brasil (2011-2023).....	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE	6
2.2 INTEGRALIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE E DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE	9
2.3 FINANCIAMENTO E PRESTADORES DOS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE	13
3 JUSTIFICATIVA	18
4. OBJETIVO	19
4.1 OBJETIVO GERAL	19
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
5. METODOLOGIA	20
5.1 DESENHO DO ESTUDO	20
5.2 LOCAL DO ESTUDO	20
5.3 PERÍODO DO ESTUDO	21
5.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO	22
5.5 COLETA DE DADOS	22
5.6 ANÁLISE DOS DADOS	23
5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	25
6 RESULTADO E DISCUSSÃO	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50
ANEXO I	55

1 INTRODUÇÃO

A regionalização configura-se como uma diretriz estruturante e essencial para o desenvolvimento do sistema de saúde, sendo indispensável à concretização do princípio do acesso universal. Apesar da Regionalização estar presente como princípio desde a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo dos anos foram instituídas diretrizes e normativas que buscaram aprimorar a implementação da regionalização no contexto brasileiro. Trata-se, portanto, de um processo dinâmico, inacabado e em constante construção (Shimizu, *et al.*, 2020)

Conforme argumentam Viana *et al.* (2019), regionalizar implica reconhecer as transformações que ocorrem nos distintos espaços sociais historicamente constituídos no território. Esse processo confere ordenamento e fundamentação ética à ação política, promovendo a redução das desigualdades sociais, o acesso equitativo a bens públicos coletivos e a melhoria das condições de saúde das populações.

Nesse contexto, torna-se evidente a relevância das delimitações territoriais utilizadas na formulação e implementação das políticas públicas de saúde, bem como da articulação entre os entes federativos. Essa cooperação é essencial para garantir o acesso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde (Soares *et al.*, 2019).

Entretanto, a ampliação do acesso e a ampliação dos serviços ofertados permanecem como desafios persistentes, sobretudo no âmbito da atenção de alta complexidade. Essa modalidade de cuidado, por sua natureza, exige recursos humanos altamente especializados e envolve procedimentos que demandam tecnologias avançadas e custos elevados (Valadão *et al.*, 2021).

Estudos apontam que, historicamente, o estado de Pernambuco apresenta uma concentração significativa dos serviços de média e alta complexidade nas sedes das regionais de saúde, especialmente na capital, Recife. Essa centralização dificulta o acesso da população residente em áreas periféricas ou distantes dos grandes centros urbanos aos serviços de maior complexidade (Dubex, 2012; Soares *et al.*, 2020; Parente *et al.*, 2021; Mota *et al.*, 2022).

Diante das desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde, a regionalização das redes de atenção em Pernambuco tem sido objeto de transformações normativas e de governança desde a publicação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) em 2011. Associam-se a esse processo a promulgação do Decreto nº 7.508/2011, a implementação do Planejamento Regional Integrado (PRI) e a expansão da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), evidenciando uma revalorização da regionalização no âmbito da política nacional de saúde. Tais mudanças consolidaram a regionalização como prioridade nas agendas governamentais estaduais e nos espaços de governança do SUS, contribuindo para o fortalecimento do planejamento territorial e da articulação interfederativa.

Diante desse cenário, torna-se relevante analisar se essas iniciativas resultaram em uma ampliação efetiva dos serviços de alta complexidade na organização da rede de atenção à saúde. Tal análise é fundamental para compreender se os avanços normativos e organizativos contribuíram para a superação das assimetrias históricas no acesso a esses serviços, especialmente em regiões afastadas dos grandes centros urbanos.

Observa-se uma escassez de estudos que aprofundem a análise da distribuição regionalizada dos serviços de alta complexidade em saúde, especialmente à luz das mudanças normativas e de governança implementadas nos últimos anos. Lemos (2014), por exemplo, analisou a distribuição da oferta regionalizada e a alocação de recursos do SUS voltados à atenção de alta complexidade sob gestão estadual no ano de 2013. No entanto, não há registros de investigações que considerem, de forma abrangente, as mudanças ocorridas ao longo dos anos em Pernambuco.

A relevância do estudo reside em seu potencial de subsidiar a formulação e a negociação de políticas públicas de saúde mais equitativas, além de contribuir para o fortalecimento das estratégias de regionalização no SUS. A análise da distribuição equitativa dos serviços de alta complexidade pode apoiar movimentos voltados à garantia do acesso universal, respeitando as especificidades territoriais e contribuindo para a efetivação dos preceitos constitucionais que regem o direito à saúde no Brasil. Assim, essa pesquisa teve como pergunta condutora: Como ocorre a distribuição espacial e temporal dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, sob gestão estadual, e os respectivos gastos associados à produção dessa assistência, nas macrorregiões de saúde de Pernambuco, no período de 2011 a 2023?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

Muitos países adotaram a organização territorial para o desenvolvimento de um sistema de saúde equânime visando a integralidade do cuidado. No entanto, tanto no Brasil quanto em outras nações, a implementação de sistemas regionalizados trouxe avanços significativos, mas também diversos desafios(Bywood, 2016; Manns *et al.* 2024;Eskandarian *et al.*; 2024) No caso do Irã, por exemplo, o país enfrenta dificuldades no desenvolvimento de sistema regionalizado devido à infraestrutura organizacional insuficiente, o que tem dificultado a transição para um sistema de gestão de saúde integrado e eficiente (Eskandarian *et al.*; 2024).

A organização de rede regionalizada de saúde constitui uma ideia inicial que historicamente foi debatida e incorporada às propostas de reforma do sistema de saúde brasileiro, que tomou como referência a literatura internacional e a experiência dos países que construíram sistemas universais (Kuschnir; Chorny, 2010).

No Brasil, apesar da Regionalização estar presente como princípio desde a constituição do SUS, ao longo dos anos, foram estabelecidas diretrizes que aperfeiçoaram o seu desenvolvimento. Sendo um processo não acabado, mas em construção.

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 estabelecem a descentralização e a regionalização como princípios norteadores dos processos de organização político-territorial do SUS (Brasil,1988; Brasil, 1990).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) na década de 1990 (NOB 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96) tiveram papel fundamental para fortalecer essas diretrizes, ao regularem aspectos da divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.

Na virada dos anos 2000, a regionalização ganhou destaque na agenda da política nacional de saúde (Lima *et al.*, 2012). Diante das iniquidades geradas pela descentralização, era necessário fortalecer a organização regional da atenção à saúde e os governos estaduais. Primeiramente foi necessário descentralizar o que estava em nível governamental, para depois ordenar as regiões de saúde (Santos , 2017).

Com o Pacto pela Saúde de 2006, a regionalização ganhou visibilidade no âmbito do SUS (Lima *et al.*, 2012) que ganhou ainda mais notoriedade com a regulamentação para a

organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2010). Posteriormente o Decreto Presidencial 7.508 de 2011, trouxe um novo destaque à regionalização e às redes de atenção à saúde (Brasil, 2011).

O Decreto nº 7.508/2011 regulamenta a articulação federativa, a constituição de redes regionalizadas, e define as regiões de saúde como espaços privilegiados para a integração dos serviços de saúde. Trouxe a responsabilidade dos entes federativos, definiu as responsabilidades sanitárias na região de saúde que devem estar formalizados no Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde. Define, ainda, as Comissões Intergestores Regionais como instâncias formais de cogestão no espaço regional (Brasil, 2011).

A Resolução de Consolidação das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) nº 1, de 30 de março de 2021, que consolida as resoluções CIT, traduzindo as Deliberações da Tripartite nº 23/2017 e 37/2018, esmiúça o processo de PRI, considerando a identificação de necessidades de saúde e da rede assistencial, definido a partir de uma ou mais regiões de saúde, sob a denominação de macrorregiões de saúde. Onde devem ser estabelecidas prioridades sanitárias, organização dos pontos de atenção à saúde, e responsabilidades sanitárias entre os entes federados, e um financiamento tripartite (Brasil, 2017; 2018).

As resoluções CIT determinam também sobre o estabelecimento de um Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde(RAS). Este deverá ser instituído em cada Macrorregião, sendo um comitê técnico que fará o monitoramento, a avaliação e proposição de soluções para o adequado funcionamento da RAS, subsidiando as pactuações das Comissões Intergestores Bipartite e Regional (Brasil, 2017; 2019; 2021).\

As instâncias de pactuação intergovernamentais são importantes canais de comunicação para fortalecimento da regionalização no SUS (Nogueira *et al.* , 2021). Alguns autores apontam a importância do nível estadual como crucial para o processo de regionalização que vem crescendo desde o início do século XXI, rompendo o desenho de descentralização focada no município que foi característica das primeiras décadas do SUS (Ribeiro *et al.*, 2017; Pinafo *et al.*, 2020).

Para Santos (2018) não há região de saúde sem o protagonismo do Estado-membro e por isso a região de saúde ainda não é uma realidade concreta. A região de saúde continua sendo um objetivo não alcançado, sendo 438 regiões em todo o país que não são capazes de atender as necessidades das pessoas no seu território.

Nesse sentido, pensar regionalização deixa de significar apenas uma diretriz administrativa para se tornar o conceito mais importante para viabilidade da doutrina do SUS. Enquanto o conceito tradicional alcançou limites históricos. A atualização do conceito desafia perspectivas inovadoras para um sistema clínico integrado em redes complexas, com novos processos, instrumentos, modelos clínicos, de modo que acompanhe e promova elementos de nível político, técnico e social (Mello *et al.*, 2019).

Para Viana *et al.* (2019) regionalizar implica perceber as mudanças que ocorrem nos distintos espaços da vida construídos historicamente no território, trazendo ordenamentos e sentidos éticos para a ação política, que impulse a redução das desigualdades sociais, o usufruto de bens coletivos e a melhoria da saúde das populações. Portanto, é um debate que reforça o compromisso da saúde coletiva com as práticas democráticas, e com a ideia de que a saúde como um direito universal, superando as desigualdades injustas.

Em Pernambuco a proposta de regionalização de assistência à saúde é definida pelo PDR lançado no ano de 2011, que pressupõe a oferta de serviços de saúde de modo equânime em todo o seu território. A conformação territorial se organiza em 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões. Considera a macrorregião uma organização territorial em que se agregam duas ou mais regiões de saúde, almejando garantir os serviços de maior complexidade à população. Enquanto as regiões de saúde são definidas como espaços que apresentam espaços vinculados entre si, que objetiva integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Pernambuco, 2011).

Para Soares *et al.* (2020) faz-se necessária a revisão do PDR de Pernambuco, a implantação de descentralização dos serviços especializados para as regionais localizadas no interior do estado e a valorização das condições socioeconômicas das populações rurais na organização territorial dos serviços públicos de saúde.

Portanto, ressalta-se que o processo de regionalização não é imutável. Ao longo dos anos, houve mudanças no bojo da política nacional, na agenda dos governos estaduais e nos espaços de governança do SUS. E essas mudanças devem ser encaradas como marcos para pactuações, que possam transformar a atual rede de assistência do estado num sistema de saúde mais organizado, solidário e equânime.

2.2 INTEGRALIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE E DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE

As normativas do SUS expressam níveis de atenção como forma de organização dos serviços baseadas no grau de densidade das tecnologias utilizadas, e não na complexidade da atenção à saúde, a saber: a atenção básica; a atenção de média complexidade; e a atenção de alta complexidade.

A atenção básica é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Redes de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (Brasil, 2017).

Segundo Valadão *et al* (2021) a alta complexidade diz respeito a ações e serviços que visem atender problemas e agravos da saúde da população que necessitem de profissionais especializados e de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Engloba procedimentos de alta tecnologia e alto custo, sendo necessário profissionais com habilidades especiais. Alguns exemplos de procedimentos de alta complexidade são: Procedimentos de neurocirurgia, procedimento da cardiologia intervencionista, assistência em traumato-ortopedia.

Os procedimentos de alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informações Hospitalares - SIH e alguns no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA.

A questão da complexidade e a concepção tradicional do modelo hierárquico piramidal na saúde é criticada por sua visão restrita, que atribui complexidade à densidade tecnológica. Propõe-se, então, uma abordagem mais ampla que fomente redes de saúde flexíveis e colaborativas, com a Atenção Primária à Saúde assumindo um papel central na comunicação e coordenação do cuidado, visando uma gestão mais eficiente e equitativa. Falhas na Atenção Primária compromete a detecção precoce e o acompanhamento contínuo dos usuários, resultando na progressão de agravos evitáveis para condições mais graves, o que gera prejuízos individuais e coletivos e aumenta os custos do sistema devido à maior demanda por serviços de alta complexidade. Portanto, faz-se necessário fortalecer a Atenção Primária como eixo de articulação do sistema, garantindo integralidade e continuidade do cuidado (Mendes, 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008) a integralidade de cuidados é reconhecida como uma solução para superar a falta de articulação entre os vários níveis de assistência, com a sua implementação será possível ter melhores resultados em saúde.

No caso brasileiro, a proposta de alcançar a integralidade, garantindo a continuidade do cuidado, se alicerçou na constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS) regionalizadas, a fim de integrar os serviços, aumentar e qualificar o acesso, assim como a resolutividade dos problemas de saúde (Mendes, 2019).

É necessário que seja realizada a organização de uma rede de atenção à saúde que considere além das desigualdades e as diversidades territoriais, a interdependência e a autonomia entre os territórios e os atores implicados, e a coordenação entre as unidades federativas (Guerra *et al.* 2023).

O processo regulatório deve estar de acordo com os arranjos de rede, além dos sistemas logísticos, de apoio e de governança para organização dos processos referência dos serviços (Martins, 2018).

Para Nunes (2021) é crucial a integração entre a atenção ambulatorial especializada e a atenção primária à saúde, que tem sido considerada um ponto crítico do sistema.

Na tentativa de mudar tal cenário, uma das experiências que se destaca é a Planificação de Atenção à Saúde (PAS), que foi proposta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) como uma metodologia para a organização de serviços e integração de RAS (Paiva *et al.*, 2020).

Em Pernambuco adotou-se a proposta do CONASS de Planificação da Atenção Primária à Saúde, denominada Planifica PE. A primeira ação do PLANIFICA SUS em Pernambuco começou pela VIII microrregião, pertencente a IV Região de Saúde (Macrorregião 2), e agora estendeu-se para Macrorregião 3, sertão do estado (Pernambuco, 2023).

Em estudo de casos múltiplos incluindo, a cidade de Belo Jardim(PE) , além de Fronteira Oeste (RS), Sul-Mato-Grossense (MT), Valença (BA). Observou-se que as regiões utilizaram o projeto PLANIFICA SUS como uma oportunidade de articulação entre estados e municípios e uma aposta política importante para a construção de redes e linhas de cuidado, mas ainda restam importantes barreiras, como aquelas que se referem à dificuldade do planejamento regional articulado com a atenção especializada (Tanaka *et al.* 2024).

No Brasil, além da dificuldade de articulação entre os serviços de saúde, prevalecem os vazios assistenciais na produção de serviços de alta complexidade. Estes serviços

encontram-se concentrados nas regiões que possuem a capital como município-polo, sobretudo no Nordeste, Norte e Centro-Oeste. Sendo que no Nordeste, prevalece a frequência de prestação de serviços do setor privado para procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade(Lima *et al.*, 2019).

Para Pesapane *et al.* (2023) o acesso aos exames de imagens é essencial na assistência médica, desempenhando um papel crucial na prevenção, diagnóstico e gerenciamento de doenças. No entanto, as disparidades persistem neste cenário, afetando desproporcionalmente comunidades marginalizadas, minorias raciais e étnicas e indivíduos que enfrentam barreiras linguísticas ou culturais. Sendo necessário superar barreiras de acesso, visando a prestação de saúde equitativa .

Em estudo realizado em Tocantins que tinha como objetivo analisar a percepção dos gestores sobre o processo de regionalização em saúde, concluiu-se que houve avanços no compartilhamento das decisões no âmbito colegiados regionais. Porém, foram apresentados alguns problemas como a carência de recursos humanos, especialmente, médicos especializados e serviços de média e alta complexidade. O estado possui grandes áreas rurais esparsas, distantes dos centros urbanos, que concentram os estabelecimentos de saúde de média e alta complexidade (Shimizu *et al.*,2020).

Essa desigualdade na distribuição dos serviços da alta complexidade também é evidenciada em estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, onde há uma relação de dependência, escassez de serviços e de investimento na rede de atenção dos municípios menos desenvolvidos da região metropolitana e do município do Rio de Janeiro (Nunes et. al. 2024).

Um estudo qualitativo com entrevistas em profundidade com gestores de regiões de saúde nos estados do Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraná, Minas Gerais e Tocantins revelou dificuldades no acesso a leitos hospitalares devido à concentração de hospitais de médio e grande porte nas capitais ou próximas a elas (Shimizu, *et al.*, 2022).

Para Guerra *et al.* (2023) há uma grande interdependência das regiões e macrorregiões de saúde no Brasil nas internações de média e alta complexidade, com destaque para as internações na clínica pediátrica e cirúrgica. Sendo a dependência é inversamente proporcional ao porte populacional das regiões e macrorregiões de saúde. O que reforça a importância de uma programação e uma pactuação assistencial contínua entre os territórios, de modo a estabelecer acesso à saúde em tempo oportuno em todas as localidades brasileiras.

Frente aos desafios apresentados, as discrepâncias regionais em 2024, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial

Especializada no âmbito do SUS, que apresenta, como objetivo, a ampliação do acesso a consultas, exames e outros procedimentos diagnósticos e terapêuticos (BRASIL, 2024).

Em Pernambuco, alguns autores apontam que historicamente há uma concentração dos serviços de média complexidade e alta complexidade nas sedes das regionais de saúde, sobretudo, na capital Pernambucana. Proporcionando uma dificuldade de acesso aos serviços de alta complexidade, para aquelas que vivem longe dos grandes centros urbanos (Dubex, 2012; Soares *et al.* 2020; Parente *et al.*, 2021; Mota *et al.*, 2022).

É importante ressaltar que em Pernambuco concentra-se um dos maiores polos médicos do país. Áreas como cirurgia, imagem diagnóstica, traumatologia, oncologia e ortopedia colocam a capital pernambucana como um dos locais mais procurados para tratamentos de saúde, por questões de tecnologia, infraestrutura adequada e instrumental avançado. A formação de recursos humanos para saúde também apresenta destaque por apresentar algumas das mais importantes universidades do Nordeste (Nogueira, 2023).

Os procedimentos de alta complexidade necessitam de maior aparato tecnológico e profissionais especializados, a distribuição dos serviços de alta complexidade encontra-se concentrada especialmente em cidades como Recife. Isso foi evidenciado em estudo feito na IV Região de saúde do Estado de Pernambuco através da transcrição de atas das reuniões da CIR e do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Caruaru, nas quais percebem-se muitas falhas de comunicação entre os dispositivos de alta e média complexidade, dificuldade na garantia de procedimentos de alta complexidade, como acesso a cirurgia de grande porte, que é realizada em municípios como Recife (Mota *et al.* 2022).

De acordo com Dubeux (2012), historicamente há uma concentração dos serviços de média complexidade e alta complexidade nas sedes das regionais de saúde e os serviços mais complexos nos municípios de Recife, Caruaru e Petrolina.

De acordo com Soares, *et al.* (2024), os níveis de cobertura da atenção primária à saúde nos municípios predominantemente rurais, são superiores aos municípios predominantes urbanos em Pernambuco. Sendo que nos centros urbanos do estado concentram-se estabelecimentos de média e alta complexidade que dispõem de serviços mais especializados.

O estudo de Parente *et al.* (2021) que avaliou o indicadores para Regiões de Saúde das subdimensões efetividade, acesso, adequação e aceitabilidade dos serviços de saúde na III Macrorregião de Saúde, situada no sertão do estado de Pernambuco. Os achados evidenciam lacunas assistenciais no SUS quanto à oferta de serviços de alta complexidade no estado,

indicando que procedimentos como angioplastias, radioterapias e quimioterapias são realizados predominantemente fora da macrorregião estudada.

Soares *et al.* (2020) constatou que há concentração dos serviços de alta complexidade na capital do estado, com problemas de acesso aos serviços públicos de saúde das populações rurais de Municípios da II Regional de Saúde.

Para Pimentel *et al.* (2015) ao analisar o processo de regionalização de exames de alta complexidade, especificamente Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, no estado de Pernambuco entre 2008 e 2012, observaram um aumento expressivo da oferta desses exames no interior do estado, de 11.807 em 2008 para 29.367 em 2012, representando um incremento de 148,7%. Em comparação, a I Região de Saúde apresentou crescimento de 62,9%, passando de 67.191 exames em 2008 para 109.458 em 2012. Adicionalmente, foi constatado um aumento significativo ($p < 0,001$) na razão de exames por 10.000 habitantes em sete regiões de saúde do estado, acompanhado de uma redução da invasão de pacientes na I Região de Saúde e da evasão em outras regiões.

Apesar dos avanços das políticas regionais nos últimos anos, há entraves para efetivação da regionalização o que revela que a equidade territorial é um importante desafio a ser superado para concretização da integralidade no SUS (Louvison, 2019).

Outro destaque é fortalecer o processo de regionalização no estado de Pernambuco, quanto à participação do controle social, que apresenta ainda conceito incipiente sobre a temática, e ausência de espaços institucionalizados de caráter regular e permanente para atuação (Cardoso, *et al.* 2022).

Portanto, aperfeiçoar o processo de regionalização é um debate que reforça o compromisso da saúde coletiva com as práticas democráticas. Sendo necessário instituir e aprimorar mecanismos de comunicação e a articulação dos serviços de saúde para a organização do sistema a fim de garantir a integralidade e a continuidade do cuidado para toda população.

2.3 FINANCIAMENTO E PRESTADORES DOS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE

As transferências intergovernamentais consistem em um importante instrumento do federalismo e é o principal mecanismo de que os governos centrais dispõem para realizar a distribuição dos recursos arrecadados. Tem como objetivo reduzir assimetrias existentes,

equalizando as diferenças regionais entre os integrantes do sistema federativo (Arretche, 2012).

Embora o financiamento do SUS seja tripartite, com atribuições das esferas federal, estadual e municipal de governo, cada ente federado tem autonomia decisória na aplicação dos recursos e na implementação de programas.

É importante destacar que desde a criação do SUS, houve um processo de incremento dos gastos municipais em saúde e de redução do percentual no financiamento federal, e consequentemente a necessidade de aumento de recursos para a saúde neste nível (Simão *et al.*, 2015).

Em estudo feito na IV Região de saúde do estado de Pernambuco através da transcrição de atas das reuniões da CIR e do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Caruaru, observou-se um grande endividamento dos municípios com gastos em saúde, com repasses estaduais atrasados (Mota *et al.* 2022).

Segundo Santos *et al.* (2015), em Pernambuco apesar do fortalecimento dos espaços de governança, como as Comissões Intergestoras Regionais, não foi garantido um processo de descentralização de recursos a ponto de gerar maior autonomia para as regionais de saúde e os municípios. Foi evidenciado a falta de empenho do estado em financiar ações da Atenção Básica.

Em entrevista realizada com membros das Câmaras Técnicas Regionais no estado de Pernambuco, observou-se uma relação conflitiva na execução do processo de planejamento ascendente e integrado quanto às estratégias de regionalização. Os municípios apresentaram dificuldades que extrapolam os seus limites legais, jurisdicionais, administrativos e financeiros (Oliveira *et al.*, 2021).

A participação da União na transferência de recursos para estados e municípios é definida pela Portaria Ministerial nº 204/2007 e modificado pela Portaria nº 3.992/2017, que concentram grupos de financiamento em um único bloco de custeio, inclusive o que se destina às ações e aos serviços ambulatoriais e hospitalares, definindo-os como limite ou teto financeiro da média e alta complexidade (MAC) (Brasil, 2007; Brasil, 2017).

Atualmente, os recursos que compõem o cofinanciamento federal para custeio da média e alta complexidade estão organizados em dois componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (Teto MAC) e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Para o Teto MAC acontece a transferência de forma regular e automática. A composição considera o histórico de oferta e produção assistencial, com o passar do tempo, a

sua composição foi ganhando “componentes” a partir da habilitação de serviços especializados e incentivos determinados por adesão aos programas e estratégias federais, além disso houve a habilitação das tipologias de serviços especializados estabelecidos pelas Redes Temáticas. O FAEC permanece na lógica de pagamento por produção. Assim, a política alocativa foi se distanciando cada vez mais da composição de critérios de rateio conforme previsto no arcabouço legal do SUS (Gurgel, 2020).

O pagamento aos prestadores de saúde é realizado pela esfera de governo responsável pela gestão da saúde na localidade. Utiliza-se o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM- SIGTAP do Ministério da Saúde para pagamento dos serviços prestados ao SUS, o que torna padronizado os valores repassados pelo sistema de saúde, uma vez que o pagamento é baseado no procedimento realizado (KOS et. al, 2015).

São apontadas como falhas deste mecanismo de pagamento aos hospitais/ prestadores de serviços, a estrutura rígida da tabela SIGTAP e a ausência de correção inflacionária, sendo que os impasses apresentados na Tabela SUS têm sido frequentemente encaminhadas à esfera da judicialização (Machado *et al.*, 2022).

Um grande desafio a ser enfrentado é o financiamento desses serviços de alta complexidade, considerando que os procedimentos têm uma representatividade financeira por necessitar de maior aparato tecnológico e profissionais especializados, tornando-se um grande atrativo para o mercado financeiro.

O predomínio das forças de mercado na prestação da assistência especializada do SUS, é evidenciado historicamente desde a constituição da saúde como política pública no Brasil. No século XX esteve intimamente relacionada ao sistema previdenciário e ampliou seu escopo de atuação durante o regime militar na década de 1960. A configuração na provisão de serviços é expressa como o processo de reforma do Estado e na constituição do sistema de saúde, distribuindo funções entre entes governamentais e privados no sistema (Silva, 2022).

O avanço do capital privado no interior dos sistemas de saúde, não ocorre apenas no Brasil, mas no mundo, o que tem ameaçado o caráter público e universal. Para entender o processo de regionalização do SUS e a distribuição dos serviços de saúde, é necessário reconhecer o contexto amplo em que se insere nos sistemas universais (Mendes; Louvison, 2015).

Para Sestelo (2018) o setor saúde corresponde a um complexo econômico, sendo liderado por corporações financeirizadas multissetoriais, que detêm o capital não apenas de operadoras de planos de saúde, hospitais e serviços de diagnóstico e terapia, mas também de empresas em outros setores econômicos.

Os prestadores privados vendem serviços ao SUS em diversos pontos do país, especialmente os serviços de diagnóstico. A sua lógica de mercado e o frequente monopólio são difíceis de serem enfrentados pela maioria dos municípios brasileiros considerando o perfil econômico e o porte populacional da maioria destes. É impossível, portanto, que serviços de base municipal sem escala regional consigam oferecer a continuidade do cuidado (Viana *et al.*, 2018).

Um dos componentes do Complexo Econômico Industrial da Saúde que apresenta notável expansão são as Organizações Sociais na Saúde(OSS), configurando-se nas vertentes da gestão, da prestação e da regulação de serviços, em um cenário de intensa mercantilização da saúde e de transferência de fundo público para o setor privado, concentrando-se em serviços hospitalares com maior densidade tecnológica. As facilidades legais concedidas às OSS têm incentivado um movimento recente dessas organizações em buscar simultaneamente a condição de entidades filantrópicas, o que lhes assegura múltiplas oportunidades de captação de recursos e obtenção de benefícios fiscais (Morais *et al.*, 2018).

Um dos componentes do Complexo Econômico-Industrial da Saúde que tem apresentado notável expansão são as Organizações Sociais na Saúde (OSS), atuando nas vertentes de gestão, prestação e regulação de serviços, em um contexto marcado pela mercantilização da saúde e pela transferência de recursos públicos para o setor privado, com ênfase em serviços hospitalares de maior densidade tecnológica (Morais *et al.*, 2018).

Em estudo realizado no Mato Grosso, com entrevistas e fontes secundárias, apontaram que o estado credencia/ habilita serviços de assistência ambulatorial de média e alta complexidade segundo a lógica da oferta privada, e a atuação das comissões Intergestores regionais é passiva. As Organizações Sociais têm processo diferenciado de avaliação e controle, não atendendo a parâmetros instituídos (Romano *et al.*, 2015).

Para Moraes *et al.* (2018) nas OSS há uma nítida predominância de cláusulas respeitantes ao incremento de repasses financeiros em detrimento de outras cláusulas regulatórias, quando, por exemplo, a lógica da distribuição dos serviços de média e alta complexidade, não ocorre pela necessidade de saúde da população, mas pela lógica de mercado estabelecida. A proximidade entre a descentralização e a mercantilização favoreceu a função de prestação de serviços, sobretudo a atuação de prestadores privados e fortalecimento dos municípios polos. Apresentando no Nordeste, uma maior frequência do privado lucrativo para procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade (Lima *et al.*, 2019).

Em estudo de Alencar *et al.* (2024) uma avaliação descritiva de série temporal sobre a distribuição de aparelhos de tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), comparando as regiões brasileiras e os serviços públicos e privados no período de 2015 a 2021. Os resultados demonstraram que a esfera privada apresentou maior aquisição desses aparelhos e crescimento no número de exames. O sistema público não atingiu o número de aparelhos preconizado pelo Ministério da Saúde, enquanto o sistema privado superou a recomendação.

Assim, o fortalecimento do controle social, das medidas de regulação, fiscalização, controle e avaliação dos serviços de saúde corresponde a uma importante estratégia para minimizar os efeitos do capital financeiro sobre a saúde. É necessário evidenciar a importância das delimitações territoriais utilizadas na política pública de saúde e a relação que deve existir entre todos entes federados, com o objetivo de reduzir assimetrias existentes, a fim de que possibilitem o acesso aos serviços de saúde pública de forma universal e igualitária.

3. JUSTIFICATIVA

A regionalização da atenção à saúde constitui um dos pilares organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo reforçada, ao longo da última década, por importantes marcos normativos e estratégias de governança. Em Pernambuco, esse processo ganhou novo impulso a partir da publicação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), em 2011, em consonância com a promulgação do Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a organização da rede de ações e serviços de saúde em regiões de saúde, conforme os princípios da integralidade, da equidade e da articulação interfederativa. A implementação do Planejamento Regional Integrado (PRI) e a ampliação da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) também contribuíram para recolocar a regionalização como prioridade nas agendas governamentais e nos espaços de pactuação interfederativa.

Portanto, é fundamental analisar os impactos dessas transformações sobre a organização e a distribuição dos serviços de alta complexidade no estado. Tais serviços, que envolvem tecnologias especializadas e elevado custo, são historicamente concentrados em grandes centros urbanos, dificultando o acesso equitativo às populações residentes em regiões periféricas. Considerando que a gestão dos procedimentos de alta complexidade é, majoritariamente, de responsabilidade do ente estadual e que cabe aos estados articular e coordenar redes regionais e macrorregionais de saúde, torna-se relevante examinar se o Estado de Pernambuco, diante dos desafios impostos pela interiorização e pela busca da equidade no acesso a esses serviços estratégicos.

Investigar a oferta dos serviços de alta complexidade e análise temporal à luz do processo de regionalização permite analisar em que medida os avanços normativos e de planejamento territorial contribuíram para a superação de assimetrias históricas no acesso à saúde. A relevância deste estudo reside, portanto, na possibilidade de oferecer uma análise fundamentada sobre a efetividade das políticas estaduais de regionalização, especialmente no que tange à ampliação dos serviços de alta complexidade até o ano de 2023. Os achados poderão subsidiar gestores, pesquisadores e formuladores de políticas públicas na identificação de progressos alcançados, desafios persistentes e estratégias de aprimoramento do SUS no contexto regional.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a distribuição dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, o gasto e a tendência temporal, sob gestão estadual, nas macrorregiões em Pernambuco, no período de 2011 a 2023.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Descrever a distribuição dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial e hospitalar entre as macrorregiões de saúde em Pernambuco.
- B. Descrever o comportamento do gasto estadual ambulatorial e hospitalar de alta complexidade nas macrorregiões do estado de Pernambuco.
- C. Analisar a tendência temporal dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial e hospitalar por macrorregião de saúde.

5. METODOLOGIA

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de caso ecológico misto, cujas unidades de análise espacial foram as macrorregiões de Pernambuco e unidade de análises temporal, foram os anos de 2011 a 2023. Nos estudos ecológicos é possível estudar a ocorrência de um evento em agregados de indivíduos.

Este estudo consiste em um estudo descritivo, exploratório, de natureza quantitativa utilizando fontes de dados secundários, provenientes de sistemas de informação em saúde de base nacional.

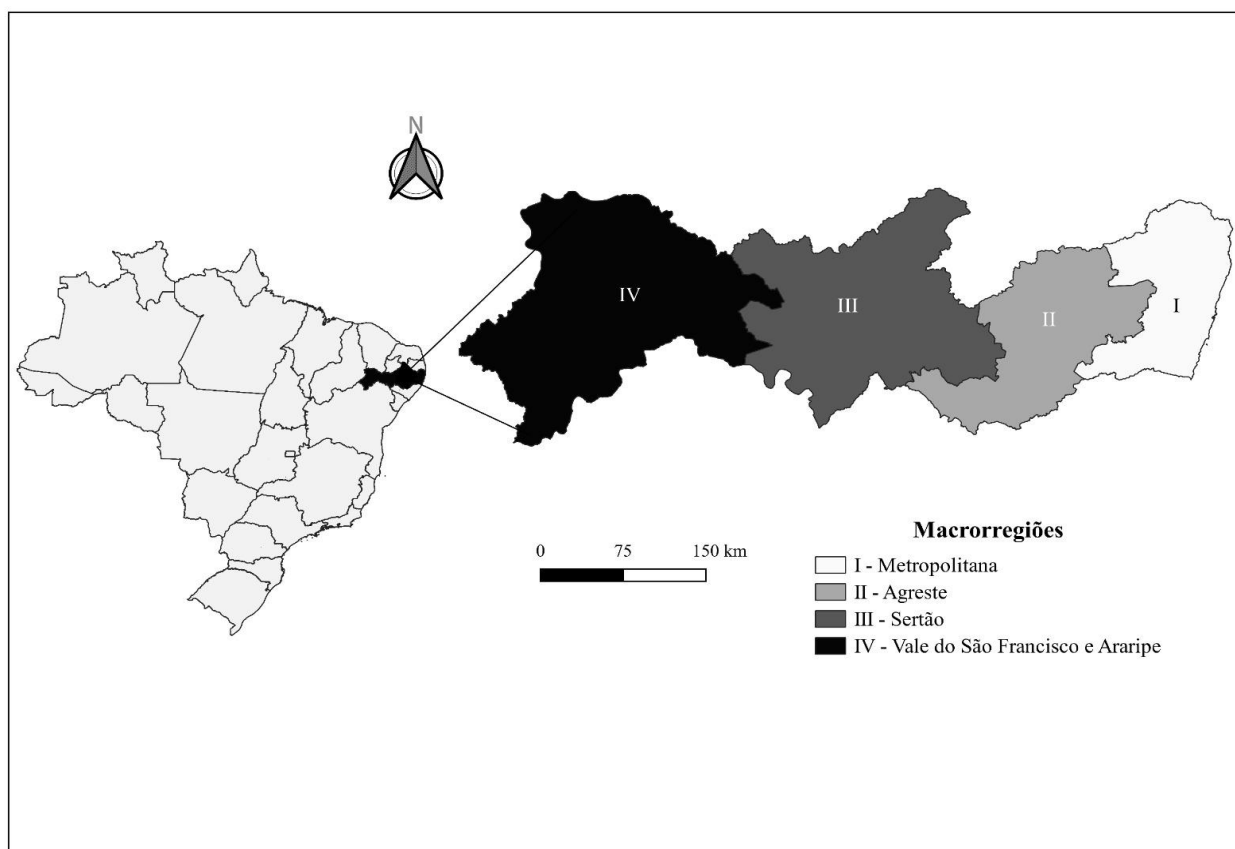
5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Estado de Pernambuco, que se estrutura numa área de 98.067,877 Km², e população de 9.058.931 habitantes, distribuída em 185 municípios (IBGE, 2022). A conformação territorial da saúde se organiza em 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde (Pernambuco, 2011).

A organização político-administrativa da saúde no estado está configurada, como explicitada a seguir: I Macrorregião de Saúde - Metropolitana (I, II, III e XII Regiões de Saúde) II Macrorregião de Saúde - Agreste (IV e V Regiões de Saúde) III Macrorregião de Saúde – Sertão (VI, X e XI Regiões de Saúde) IV Macrorregião de Saúde – Vale do São Francisco e Araripina (VII, VIII e IX Regiões de Saúde) (Pernambuco, 2011).(Figura 1)

Pernambuco constitui um dos principais polos médicos do Brasil, destacando-se por concentrar, em sua capital, serviços de saúde de elevada complexidade. O Recife configura-se como um dos destinos mais procurados para a realização de tratamentos, em razão da disponibilidade de tecnologia de ponta, infraestrutura especializada e instrumental avançado (Nogueira, 2023).

Figura 1- Distribuição e Organização das macrorregiões do estado de Pernambuco, 2025.



Fonte: Elaboração própria, através do Plano Diretor de Regionalização, 2011.

5.3 PERÍODO DO ESTUDO

O recorte temporal do estudo compreende o período de 2011 a 2023. O ano de 2011 foi definido como ponto de partida por corresponder ao fortalecimento do processo de regionalização no estado, impulsionado pela publicação de diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde, em 2010, a publicação do Decreto 7508/2011, aprovação do Plano Diretor de Regionalização(PDR) através da Resolução CIB/ PE nº 1734 de 17/ 07/ 2011. (Pernambuco, 2011), e fortalecimento das GERES (Oliveira, et. al. 2021).

Recentemente, o processo de regionalização e de implantação do PRI ganhou novas diretrizes por meio das Resoluções CIT nº 23/2017 e 37/2018 (ambas consolidadas por meio da Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021).

5.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foi constituída pelo universo de procedimentos de alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, realizados no estado de Pernambuco, sob gestão estadual no período de 2011 a 2023.

5.5 COLETA DE DADOS

Foram utilizados dados secundários provenientes do Sistema de Informação Ambulatorial(SIA) e do Sistema de Sistema de Informação Hospitalar (SIH), que têm seus dados registrados nos formulários de Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC) e Autorização de Internação Hospitalar (AIH), respectivamente, e processadas pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS).

O SIH-SUS é o sistema de informação desenvolvido com principal objetivo a organização do processo de remuneração das internações hospitalares financiadas pelo SUS. Possui uma grande base de dados, abrangendo todas as atividades do setor, seja da rede hospitalar pública, seja da rede privada ou filantrópica, conveniada com o SUS (LESSA, 2000). Assim, dados mensais sobre os valores pagos pelas internações, suas principais causas, os procedimentos mais frequentes realizados são algumas informações que podem ser obtidas. De igual modo, o SIA permite acesso de informação para assistência ambulatorial.

Os procedimentos de alta complexidade são todos aqueles definidos pelo Ministério da Saúde e classificados no SIA e SIH.

As informações foram selecionadas por macrorregião de saúde, por grupo de procedimento, por tipo de gestão, AIH aprovada e quantidade aprovada, assim como e valores aprovados por grupo de procedimento. Segue abaixo o quadro com as variáveis do estudo (Quadro1):

Quadro 1 - Variáveis do Estudo

Variável	Componente	SIA	SIH
Macrorregião de saúde	2605 Vale do São Francisco e Araripe 2606 Sertão 2607 Metropolitana 2608 Agreste	x	x
Complexidade	Alta complexidade	x	x
Grupo de procedimento	02 Procedimentos com finalidade diagnóstica 03 Procedimentos clínicos 04 Procedimentos cirúrgicos 05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	x	x
Gestão	Estadual Estadual plena	x	x

Fonte: Datasus (2024)

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foi analisada a frequência de procedimentos por local de ocorrência do usuário e a macrorregião de saúde, de acordo com os grupos de procedimentos - No caso da assistência ambulatorial de alta complexidade, estão incluídos grupos que abrangem os seguintes procedimentos: (1) de finalidade diagnóstica; (2) clínicos; (3) cirúrgicos; (4) transplante de órgãos, tecidos e células; e (5) medicamentos. Já em relação às internações de alta complexidade, elas englobam os quatro primeiros grupos de procedimentos acima mencionados. As variáveis foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas, com a utilização do programa Microsoft Excel 2016 para elaboração de gráficos e tabelas.

Para analisar a tendência dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade nas macrorregiões de saúde no período de estudo, utilizou-se o modelo estatístico de *Prais-Winsten* para regressão linear generalizada (Antunes; Cardoso, 2015), através do programa RStudio versão 2024.12.1-563. Esse método permitiu analisar a produção de alta complexidade, discernindo potenciais padrões de crescimento, decrescimento ou estabilidade ao longo da janela temporal considerada.

Além disso, foi calculada a Variação Percentual Anual (VPA), a qual estima a tendência média de variação percentual de um parâmetro em intervalos anuais, possibilitando mensurar sua evolução temporal e indicar o ritmo de expansão ou retração da produção realizada no estado de Pernambuco, segundo macrorregião de saúde. A fórmula utilizada para calcular a VPA envolve o coeficiente de inclinação da reta ajustada no modelo de regressão,

denotado por b_1 . Além disso, foi calculado o Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) para os valores de VPA, em que $b_{1\min.}$ e $b_{1\max.}$ representam, respectivamente, os valores mínimo e máximo do IC95% do coeficiente de inclinação da reta (b_1):

$$VPA = [-1+10^{b_1}]*100\%$$

$$IC_{95\%} = [-1+10^{b_{1\min.}}]*100\%; [-1+10^{b_{1\max.}}]*100\%$$

Considerou-se uma tendência temporal decrescente quando os limites do intervalo de confiança de 95% (IC95%) se situam inteiramente abaixo de zero; crescente, quando os limites estiveram acima de zero; e estacionária, quando o intervalo incluiu o valor nulo. As análises foram realizadas com nível de significância de 5%..

Para análise foram elaborados mapas temáticos do estado de Pernambuco, através do software QGIS versão 3.28.13.A distribuição dos dados foi examinada segundo as macrorregiões de saúde, contemplando tanto a assistência ambulatorial quanto a hospitalar. Realizou-se a classificação dos dados tanto para os valores absolutos dos procedimentos quanto para as porcentagens, utilizando o método de divisão em partes iguais com base na contagem. Os intervalos foram calculados automaticamente pelo programa, sendo necessário apenas definir o número desejado de classes.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo está alinhado às Resoluções nº 466, promulgada em 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016, emanadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), e da Resolução 674, de 6 de maio de 2022, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), dispensando apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar exclusivamente dados públicos, isentos de informações identificadoras dos sujeitos.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo será apresentado em formato de artigo científico à ser submetido à revista Saúde em Debate e suas normas de submissão estão disponíveis no Anexo A

Débora Soledade de Oliveira¹. 0000-0002-3436-9442

Fernando Castim Pimentel ² 0000-0002-2815-6192

Petrônio José de Lima Martelli ² 0000-0001-6920-6435

¹ Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Programa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife(PE), Brasil.

² Área acadêmica do curso de medicina do Centro Acadêmico do Agreste- Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Caruaru(PE), Brasil.

² Área Acadêmica de Saúde Coletiva e Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife(PE), Brasil.

Endereço para correspondência: Débora Soledade de Oliveira . Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Bloco E. E-mail:deborasanitarista1@gmail.com.

Oferta, gasto e tendência temporal dos procedimentos de alta complexidade nas macrorregiões de Pernambuco, 2011- 2023: Implicações na regionalização da saúde.

RESUMO: O objetivo deste estudo é analisar a tendência temporal e a distribuição espacial dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, e dos respectivos gastos no âmbito da gestão estadual do SUS, nas macrorregiões de saúde de Pernambuco, entre 2011 a 2023. Trata-se de um estudo ecológico misto, baseado em dados do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informações Hospitalares. Foram analisadas a frequência dos grupos de procedimentos por local de ocorrência e valores aprovados e a distribuição entre as quatro macrorregiões de saúde. Para a análise temporal, utilizou-se a regressão linear de Prais-Winsten. Foram realizados 21.894.001, dos quais 97,3% corresponderam ao componente ambulatorial e 2,7% à procedimentos hospitalares, estes corresponderam a 40,8% dos custos. Observou-se concentração de procedimentos na I Macrorregião (metropolitana), com oferta residual nas demais, especialmente na III Macrorregião (Sertão). Quanto à tendência temporal, a maioria dos procedimentos apresentaram tendência crescente ou estacionária, destacando-se a III macrorregião com tendência crescente em todos os grupos de procedimentos, especialmente nos cirúrgicos VPA(29,21%)IC95%(16,20;-43,68). A análise revelou concentração de procedimentos na I macrorregião e a tendência temporal revelou comportamentos distintos entre grupos de procedimentos e macrorregiões.

Palavras-chaves: Regionalização; Assistência Integral à Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde; Análise espacial; Análise por Conglomerados.

ABSTRACT:

This study aims to analyze the temporal trends and spatial distribution of high-complexity outpatient and hospital procedures, as well as the related expenditures under state-level SUS management, across the health macro-regions of Pernambuco from 2011 to 2023. This is a mixed ecological study based on data from the Outpatient Information System (SIA/SUS) and the Hospital Information System (SIH/SUS). The frequency of procedure groups by place of occurrence and the approved financial values were analyzed, along with their distribution across the four health macro-regions. For temporal trend analysis, Prais-Winsten linear regression was used. A total of 21,894,001 procedures were performed, of which 97.3% were outpatient and 2.7% hospital procedures; the latter accounted for 40.4% of total costs. A concentration of procedures was observed in the 1st Macro-region (Metropolitan), with residual supply in the others, especially the 3rd Macro-region (Sertão). Regarding temporal trends, most procedures showed increasing or stationary trends, with the 3rd Macro-region standing out for presenting a growing trend in all procedure groups, particularly surgical ones (APV 29.21%; 95%CI: 16.20 to 43.68). The analysis revealed a concentration of procedures in the 1st Macro-region and varying temporal behaviors among procedure groups and macro-regions.

Keywords: Regionalization; Comprehensive Health Care; Health Care Financing; Spatial Analysis; Cluster Analysis

INTRODUÇÃO

A regionalização configura-se como uma diretriz estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), orientada à garantia da integralidade do cuidado e à organização dos serviços de saúde nos territórios. Embora marcos normativos e instrumentos de governança tenham impulsionado avanços significativos nesse processo, persistem desafios associados à fragilidade na articulação federativa e à reprodução de modelos de gestão burocráticos e fragmentados, que comprometem a efetividade da atenção regionalizada.¹

Esta investigação adota a concepção de regionalização como um processo político que envolve a redistribuição de poder e a construção de arranjos institucionais para a articulação de atores no território. Esse processo pressupõe estratégias de planejamento, gestão, regulação e financiamento, articuladas à conformação de redes de serviços de saúde, em diálogo com as transformações econômicas, sociais e institucionais que historicamente conformam os territórios^{2,3}.

Em Pernambuco, assim como em outros estados brasileiros, a regionalização vem sendo implementada com graus variados de articulação ao longo do processo de implementação do SUS, com mudanças normativas e de governança. A publicação do Decreto nº 7.508 de 2011 trouxe a revalorização do tema da regionalização no bojo da política

nacional, na agenda dos governos estaduais e nos espaços de governança do SUS.⁴ Outro importante acontecimento foi a promulgação do Plano Diretor de Regionalização de 2011 em Pernambuco ⁵. Mais recentemente, em 2023, destaca-se a implantação do Planejamento Regional Integrado (PRI)⁶ e a ampliação da Planificação da Assistência à Saúde (PAS)⁷.

Considerando as recentes mudanças normativas e de governança, torna-se necessário analisar o impacto da ampliação e da reorganização da distribuição dos serviços de alta complexidade ofertados no estado. Tais serviços requerem processos administrativos e tecnológicos complexos, bem como a atuação de profissionais altamente especializados, o que implica a realização de procedimentos de elevado custo, além de profissionais com habilidades especiais. Sendo estes constituintes de fatores que influenciam o não acesso da população a esses serviços no Brasil.⁸

A nível nacional, observa-se uma interdependência entre regiões e macrorregiões na oferta desses serviços, com menor concentração nas áreas de menor porte populacional, particularmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde os serviços tendem a se concentrar nas capitais ⁹.

Em Pernambuco, um estudo realizado em 2013 analisou a oferta regionalizada e a alocação de recursos do SUS para serviços de alta complexidade sob gestão estadual, evidenciando a concentração desses serviços na I Macrorregião.¹⁰ Contudo, não foram identificados estudos longitudinais que abordam as mudanças na distribuição dos procedimentos de alta complexidade, especialmente no que tange à ampliação e redistribuição dos serviços de alta complexidade.

O objetivo deste estudo foi analisar a tendência temporal e a distribuição espacial dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade, e dos respectivos gastos no âmbito da gestão estadual do SUS, nas macrorregiões de saúde do estado de Pernambuco, entre 2011 a 2023.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo ecológico misto, tendo como unidades de análise espacial as macrorregiões de Pernambuco e como unidades de análise temporal os anos de 2011 a 2023. Foram utilizadas as informações oriundas do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ambos disponibilizados on-line no sítio

eletrônico do DATASUS/Ministério da Saúde (MS). (<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>).¹¹

O estudo teve como ponto de partida o ano de 2011, em razão do fortalecimento do processo de regionalização em saúde a partir da publicação do Decreto nº 7.508/2011⁴. Em 2011 houve aprovação do Plano Diretor de Regionalização (PDR)⁵. O ano de 2023 foi considerado como período final do estudo, correspondendo ao fechamento dos dados disponíveis nos sistemas de informação do SUS.

A pesquisa foi realizada no Estado de Pernambuco, que se estrutura numa área de 98.067,877 Km², e população de 9.058.931 habitantes, distribuída em 185 municípios¹². O modelo de regionalização pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PE) estabeleceu a macrorregião de saúde como o recorte territorial para organização e oferta das ações e serviços de média e alta complexidade. A organização político-administrativa da saúde no estado está configurada em quatro macrorregiões de saúde como explicitada a seguir: I Macrorregião de Saúde - Metropolitana (I, II, III e XII Regiões de Saúde); II Macrorregião de Saúde - Agreste (IV e V Regiões de Saúde); III Macrorregião de Saúde – Sertão (VI, X e XI Regiões de Saúde); IV Macrorregião de Saúde – Vale do São Francisco e Araripina (VII, VIII e IX Regiões de Saúde)⁵.

A população de estudo foi constituída pelo universo de procedimentos de alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, realizados no estado de Pernambuco, sob gestão estadual.

Foram analisadas a frequência e a distribuição desses procedimentos conforme o local de ocorrência e a respectiva macrorregião de saúde, de acordo com os grupos de procedimentos. No caso da assistência ambulatorial de alta complexidade, estão incluídos grupos que abrangem os seguintes procedimentos: (02) de finalidade diagnóstica; (03) clínicos; (04) cirúrgicos; (05) transplante de órgãos, tecidos e células. Já em relação às internações de alta complexidade, elas englobam os quatro primeiros grupos de procedimentos acima mencionados.

O grupo referente a medicamentos (grupo 06) foi excluído da análise por dois motivos: (a) a dispensação de medicamentos não configura um procedimento comparável aos demais grupos; e (b) dentre as quatro macrorregiões, tal procedimento ocorre exclusivamente na I Macrorregião.

Para analisar a tendência dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade nas macrorregiões de saúde no período de estudo, utilizou-se o modelo estatístico de *Prais-Winsten* para regressão linear generalizada¹³, através do programa

RStudio versão 2024.12.1-563. Esse método permitiu analisar a produção de alta complexidade, discernindo potenciais padrões de crescimento, decrescimento ou estabilidade ao longo da janela temporal considerada.

Além disso, foi calculada a Variação Percentual Anual (VPA), a qual estima a tendência média de variação percentual de um parâmetro em intervalos anuais, possibilitando mensurar sua evolução temporal e indicar o ritmo de expansão ou retração da produção realizada no estado de Pernambuco, segundo macrorregião de saúde. A fórmula utilizada para calcular a VPA envolve o coeficiente de inclinação da reta ajustada no modelo de regressão, denotado por b_1 . Além disso, foi calculado o Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) para os valores de VPA, em que $b_{1\text{mín.}}$ e $b_{1\text{máx.}}$ representam, respectivamente, os valores mínimo e máximo do IC95% do coeficiente de inclinação da reta (b_1):

$$\text{VPA} = [-1 + 10^{b_1}] * 100\%$$

$$\text{IC}_{95\%} = [-1 + 10^{b_{1\text{mín.}}}] * 100\%; [-1 + 10^{b_{1\text{máx.}}}] * 100\%$$

Considerou-se uma tendência temporal decrescente quando os limites do intervalo de confiança de 95% (IC95%) se situam inteiramente abaixo de zero; crescente, quando os limites estiveram acima de zero; e estacionária, quando o intervalo incluiu o valor nulo. As análises foram realizadas com nível de significância de 5%.

Para análise foram elaborados mapas temáticos do estado de Pernambuco, através do software QGIS versão 3.28.13.A distribuição dos dados foi examinada segundo as macrorregiões de saúde, contemplando tanto a assistência ambulatorial quanto a hospitalar. Realizou-se a classificação dos dados tanto para os valores absolutos dos procedimentos quanto para as porcentagens, utilizando o método de divisão em partes iguais com base na contagem. Os intervalos foram calculados automaticamente pelo programa, sendo necessário apenas definir o número desejado de classes.

O estudo está alinhado às Resoluções nº 466, promulgada em 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016, emanadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), e da Resolução 674, de 6 de maio de 2022, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), dispensando apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar exclusivamente dados públicos, isentos de informações identificadoras dos sujeitos.

RESULTADOS

No período analisado, foram realizados 21.894.001 procedimentos de alta complexidade, dos quais 97,3% (n=21.894.001) corresponderam ao componente ambulatorial e 2,7% (n = 600.601) a procedimentos hospitalares. Embora os procedimentos ambulatoriais representem a quase totalidade da produção, as internações hospitalares concentraram 40,8% dos custos totais (Tabela 1).

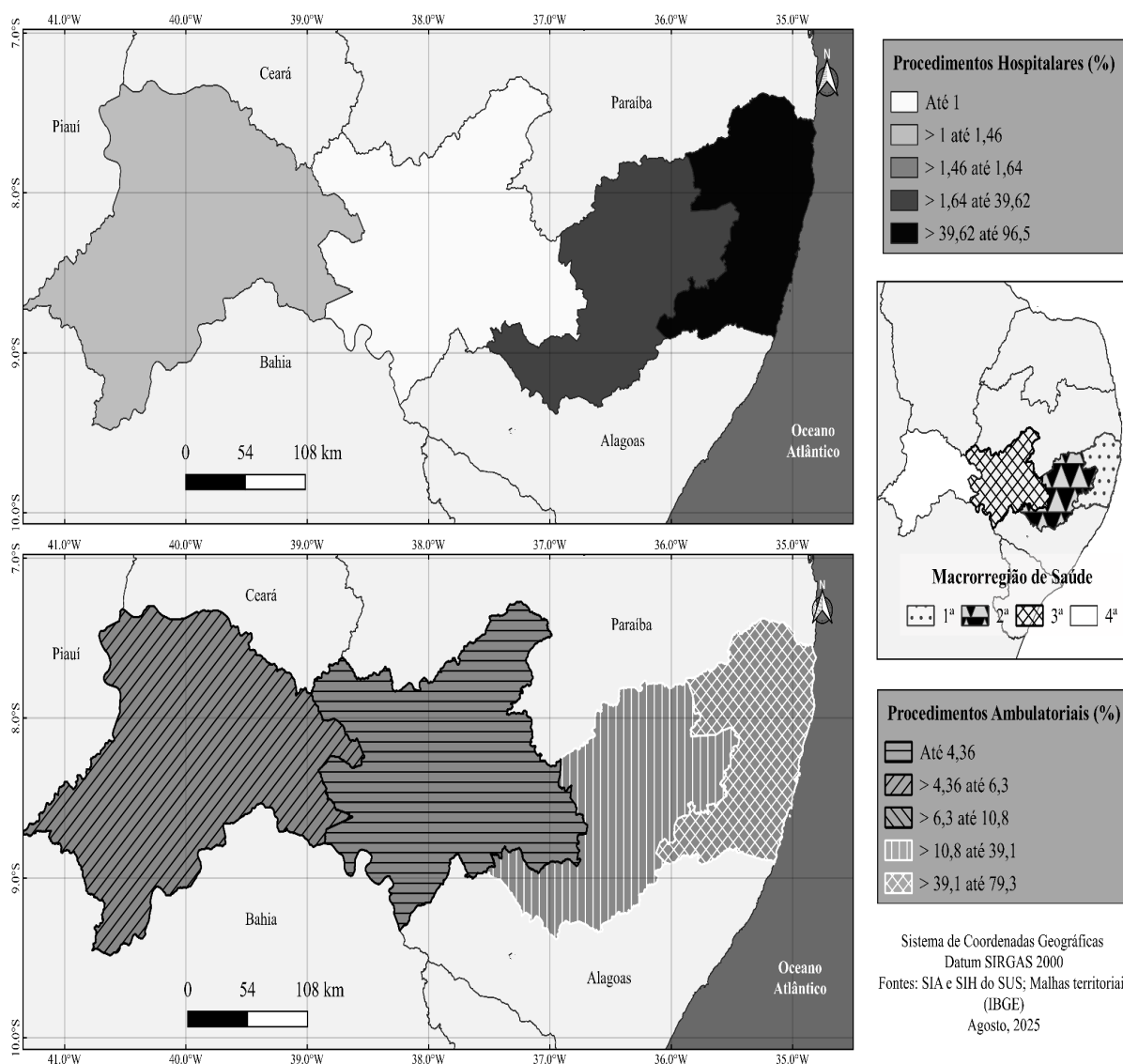
Tabela 1 - Distribuição dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade por grupo de procedimento segundo quantidades e valores aprovados. Pernambuco (2011-2023).

NÍVEL	GRUPO	N	%	% total	valor (R\$)	%	% total
HOSPITALAR	02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	7.864	1,0	-	5.938.288,77	0,2	-
	03 Procedimentos clínicos	175.650	29,0	-	304.794.078,65	10,3	-
	04 Procedimentos cirúrgicos	343.705	57,0	-	2.076.879.212,56	70,0	-
	05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	73.382	12,0	-	580.658.628,02	19,6	-
	SUBTOTAL HOSPITALAR	600.601	100,0	2,7	2.968.270.208,00	100,0	40,8
AMBULATORIAL	02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	3.602.688	17,0	-	561.758.810,71	13,1	-
	03 Procedimentos clínicos	16.807.531	79,0	-	3.383.874.007,27	78,7	-
	04 Procedimentos cirúrgicos	374.133	2,0	-	137.759.997,25	3,2	-
	05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	509.045	2,0	-	216.574.122,12	5,0	-
	07 Órteses, próteses e materiais especiais	3	0,0	-	2.217,00	0,0	-
	SUBTOTAL AMBULATORIAL	21.293.400	100,0	97,3	4.299.969.154,35	100,0	59,2
TOTAL GERAL		21.894.001			7.268.239.362,00		

Fonte: Elaboração própria, a partir do SIH e SIA do SUS.

A Figura 1 apresenta um mapa que ilustra a distribuição territorial dos procedimentos de alta complexidade nas macrorregiões de saúde de Pernambuco. Observa-se uma concentração desses procedimentos na I Macrorregião (Metropolitana), com variação entre 39,62% e 96,5% para os procedimentos hospitalares e entre 39,1% e 79,3% para os procedimentos ambulatoriais. Em contrapartida, a III Macrorregião (Sertão) registrou os menores percentuais de procedimentos realizados.

Figura 1: Distribuição dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais de alta complexidade por Macrorregião de Saúde. Pernambuco (2011-2023).

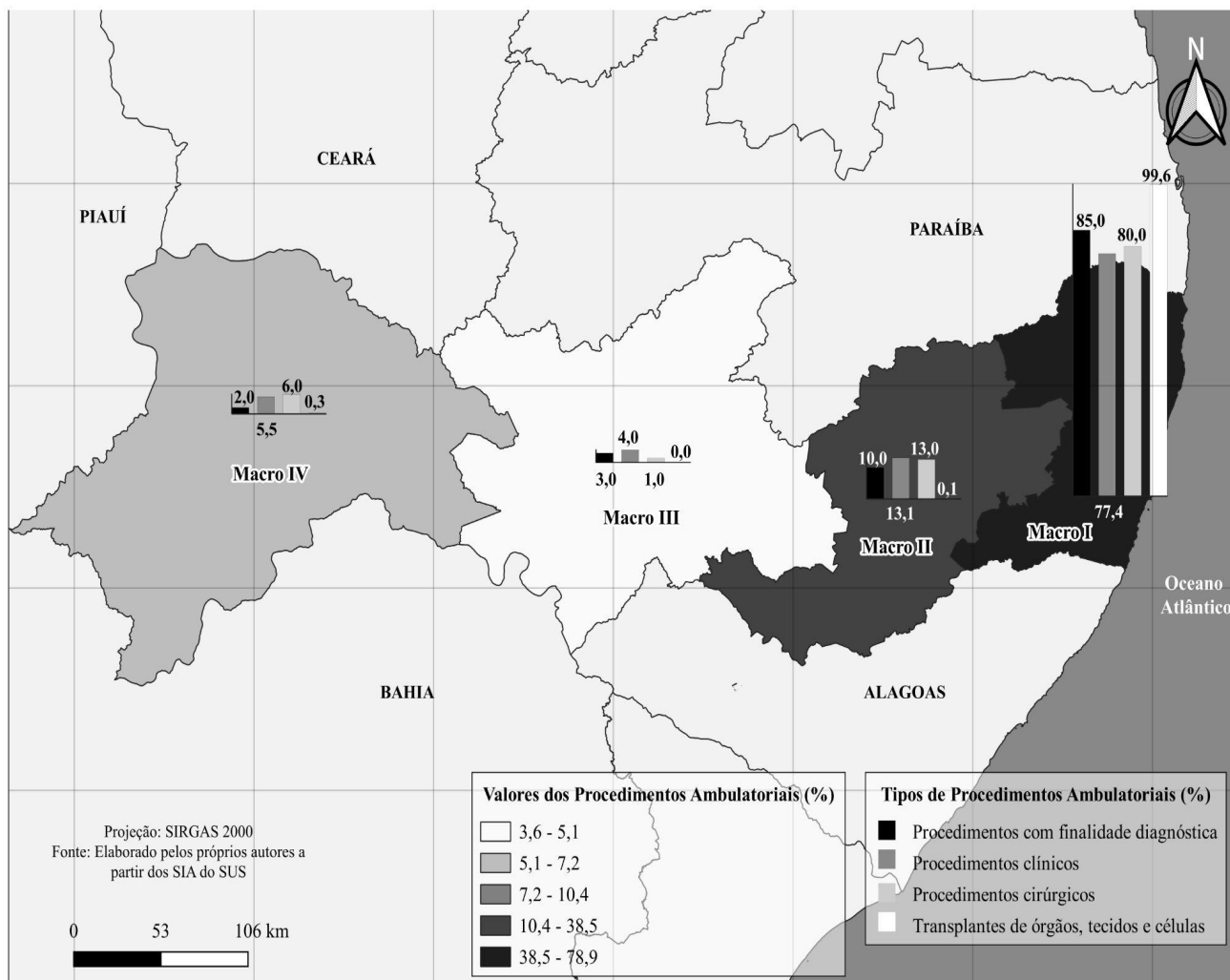


Fonte: Elaboração própria, através de dados do SIA e SIH/SUS.

A Figura 2 apresenta a distribuição dos procedimentos ambulatoriais realizados nas macrorregiões. Os valores pagos por esses procedimentos concentraram-se majoritariamente na I Macrorregião (Metropolitana), variando entre 38,5% e 78,9%, enquanto os menores valores foram observados na III Macrorregião do Sertão, com variação entre 3,6% e 5,1%.

Observou-se ainda uma concentração na distribuição de todos os procedimentos na I Macrorregião. No grupo de transplantes de órgãos, tecidos e células, constatou-se que a I Macrorregião Metropolitana concentrou 99,6% dos procedimentos realizados, enquanto na III Macrorregião do Sertão não foi registrado nenhum procedimento ambulatorial dessa natureza.

Figura 2: Distribuição espacial dos procedimentos ambulatoriais e valores aprovados -Pernambuco, 2011 a 2023.

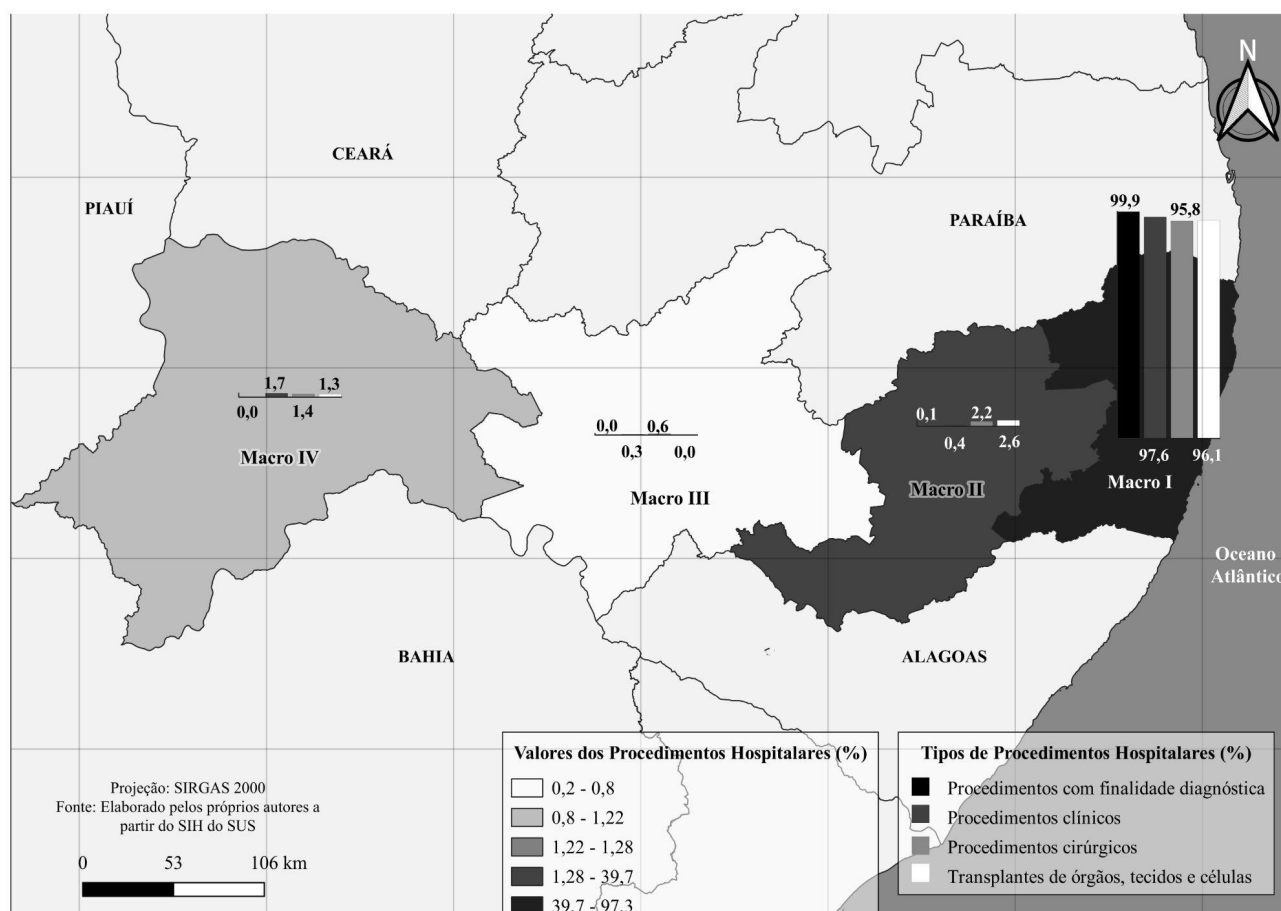


Fonte: Elaboração própria, através de dados do SIA/SUS.

A Figura 3 apresenta a distribuição dos procedimentos realizados nas macrorregiões. Os valores pagos por esses procedimentos concentraram-se majoritariamente na I Macrorregião(Metropolitana), variando entre, 39,7% e 97,3%, enquanto os menores valores foram observados na III Macrorregião(Sertão), com variação entre 0,2% e 0,8%.

Observou-se ainda uma concentração na distribuição de todos os procedimentos na I Macrorregião. No grupo de procedimentos com finalidade diagnóstica, constatou-se que a I Macrorregião Metropolitana concentrou 99,9% dos procedimentos realizados, com 0,1% na II macrorregião. III Macrorregião do Sertão não foi registrado nenhum procedimento ambulatorial dessa natureza.

Figura 3-Distribuição espacial dos procedimentos hospitalares e valores aprovados -Pernambuco, Nordeste, 2011 a 2023.



Fonte: Elaboração própria, através de dados do SIH/SUS.

A Tabela 2 apresenta a análise de tendência temporal dos grupos de procedimentos ambulatoriais e hospitalares por macrorregião. A tendência total da Macrorregião II foi estacionária, para procedimentos ambulatoriais e hospitalares. O total da macrorregião I apresentou tendência estacionária para procedimentos ambulatoriais.

Na Macrorregião III, todos os grupos analisados (02, 03 e 04) demonstraram tendência crescente, o grupo 03 (clínicos) com VPA (4,66%) e IC95%(1,36;7,78); O total da produção ambulatorial, a macrorregião III foi o que apresentou o maior crescimento (VPA 2,94%) quando comparada as outras macrorregiões. Enquanto a I Macrorregião com VPA(0,37)IC95%(-0,48;1,23) e II macrorregião com VPA (-0,22) IC95%(1,19;-0,76) apresentaram tendência estacionária (Tabela 2). Na Macrorregião IV, a tendência crescente foi observada nos grupos diagnósticos (02) e clínicos (03). Verifica-se uma tendência decrescente nos procedimentos cirúrgicos (grupo 4)(VPA -4,64%),IC95%(--8,14/-1,01) e grupo 05, Transplantes, órgãos, tecidos e células (VPA -9,13%), IC95%(-11,01/-7,22) (Tabela 2). O grupo 3 (procedimentos clínicos) e 5(transplantes , órgãos, tecidos e células) apresentaram tendência estacionária na I macrorregião e o grupo 3 (procedimentos clínicos) na II macrorregião. Tendências estacionárias nos grupos clínicos e de transplantes nas macrorregiões I e II (Tabela 2).

Para os procedimentos hospitalares observou-se tendência crescente no grupo 03 (procedimentos clínicos) nas Macrorregiões I (VPA 1,90%), IC95%(1,60/2,21) e IV (VPA 7,12)IC95%(3,59/10,78) no grupo 04 (procedimentos cirúrgicos) na Macrorregiões III (VPA 29,21%)IC95%(16,20/43,68) embora associado a ausência de produção no último ano (2023). Também apresentou tendência de crescimento a III macrorregião, e grupo 05 (transplantes de órgão, tecidos e células) na Macrorregião IV (VPA 4,36%). (Tabela 2).

Foi identificada tendência estacionária para o grupo 05 na Macrorregião I, grupo 03 e 04 na Macrorregião II, e grupo 04 na Macrorregião . A macrorregião II apresentou tendência decrescente grupo 05 (transplantes de órgão, tecidos e células) (VPA -8,21%)IC95%(-10,74;-5,62)e tendências estacionárias em procedimentos clínicos e cirúrgicos. O total da macrorregião apresentou tendência estacionária VPA(3,45) IC95% (-2,54;9,80). Observou-se tendência decrescente no grupo 02 (procedimentos diagnósticos) na Macrorregião I (VPA -3,32%)IC95%(-5,44;-1,14) (Tabela 2).

Tabela 2- Análise de Tendência de grupo de Procedimento ambulatorial e hospitalar por macrorregião. Pernambuco, Nordeste, Brasil (2011-2023).

Macro	Grupo de procedimento	VPA	IC	tendência
AMBULATORIAL				
I	02 Proced com finalidade diagnóstica	2,12	(1,29 / 2,96)	crescente
	03 Procedimentos clínicos	-0,23	(-1,24 / 0,79)	estacionária
	04 Procedimentos cirúrgicos	6,96	(3,78 / 10,24)	<u>crescente</u>
	05 Transpl de órgãos, tecidos e células	1,44	(-0,07 / 2,98)	estacionária
	total Macro I	0,37	(-0,48 / 1,23)	estacionária
II	02 Proced com finalidade diagnóstica	2,29	(1,65 / 2,94)	crescente
	03 Procedimentos clínicos	-0,77	(-1,98 / 0,45)	estacionária
	04 Procedimentos cirúrgicos	5,79	(1,16 / 10,63)	crescente
	05 Transpl de órgãos, tecidos e células			— ¹
	total Macro II	-0,22	(-1,19 / 0,76)	estacionária
III	02 Proced com finalidade diagnóstica	4,52	(1,36 / 7,78)	crescente
	03 Procedimentos clínicos	2,66	(2,32 / 3,00)	crescente
	04 Procedimentos cirúrgicos	1,99	(0,93 / 3,07)	crescente
	total Macro III	2,94	(2,24 / 3,64)	crescente
IV	02 Proced com finalidade diagnóstica	5,24	(2,30 / 8,28)	crescente
	03 Procedimentos clínicos	2,03	(1,65 / 2,41)	crescente
	04 Procedimentos cirúrgicos	-4,64	(-8,14 / -1,01)	decrecente
	05 Transpl de órgãos, tecidos e células	-9,13	(-11,01 / -7,22)	decrecente ²
	Total Macro IV	2,09	(1,78 / 2,41)	crescente
HOSPITALAR				
I	02 Proced com finalidade diagnóstica	-3,32	(-5,44 / -1,14)	decrecente
	03 Procedimentos clínicos	1,90	(1,60 / 2,21)	crescente
	04 Procedimentos cirúrgicos	1,84	(0,93 / 2,75)	crescente
	05 Transpl de órgãos, tecidos e células	2,85	(0,96 / 4,77)	estacionária
	total Macro I	1,89	(1,10 / 2,69)	crescente
II	02 Proced com finalidade diagnóstica			— ¹
	03 Procedimentos clínicos	3,15	(-1,27 / 7,78)	estacionária
	04 Procedimentos cirúrgicos	4,72	(-1,64 / 11,49)	estacionária
	05 Transpl de órgãos, tecidos e células	-8,21	(-10,74 / -5,62)	decrecente
	total Macro II	3,45	(-2,54 / 9,80)	estacionária
III	03 Procedimentos clínicos			— ¹
	04 Procedimentos cirúrgicos	29,21	(16,20 / 43,68)	crescente ³
	total Macro III	30,01	(15,25 / 46,65)	crescente ³
IV	03 Procedimentos clínicos	7,12	(3,59 / 10,78)	crescente
	04 Procedimentos cirúrgicos	-0,76	(-8,81 / 8,00)	estacionária
	05 Transpl de órgãos, tecidos e células	4,36	(1,07 / 7,76)	crescente ⁴
	total Macro IV	6,65	(2,50 / 10,97)	crescente

Legenda: VPA - Variação Percentual Anual

¹ Não analisado. Muitos anos com valor zero.

² Anos 2022 e 2023 sem produção

³ Ano 2023 sem produção

⁴ Anos 2011 e 2013 sem produção

Fonte: Elaborado pelos próprios autores a partir dos SIA e SIH do SUS

DISCUSSÃO

Em Pernambuco, observa-se que a oferta de procedimentos de alta complexidade no âmbito da gestão estadual é predominantemente ambulatorial. Contudo, apesar da maior frequência desse tipo de atendimento, os gastos associados à assistência hospitalar são substancialmente superiores. A análise da distribuição territorial revela uma expressiva concentração para todos os procedimentos analisados, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, na I Macrorregião(metropolitana), onde se localiza a capital do estado, Recife.

As demais macrorregiões (II, III e IV) apresentam participação assistencial bastante reduzida, configurando um padrão de oferta residual, o que contraria os princípios orientadores da regionalização e da hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS). Este cenário é ainda mais crítico na III Macrorregião (Sertão), que apresenta os menores oferta desses serviços.

A análise temporal evidencia um crescimento consistente dos procedimentos diagnósticos ambulatoriais e clínicos em quase todas as macrorregiões do estado, acompanhado por uma expansão localizada dos procedimentos cirúrgicos hospitalares com destaque para a III Macrorregião(Sertão). Por outro lado, observa-se que a tendência total da II Macrorregião apresenta uma tendência estacionária tanto para os procedimentos hospitalares quanto para os ambulatoriais. Ademais, em algumas regiões, a exemplo da IV Macrorregião, foram identificadas tendências decrescentes nos procedimentos ambulatoriais, o que sinaliza fragilidades na consolidação e na sustentabilidade da oferta de serviços de alta complexidade fora da capital. Desse modo, persistem desigualdades regionais significativas na distribuição e na produção desses serviços no estado de Pernambuco.

Observa-se que essa disparidade na oferta de procedimentos é mais pronunciada na atenção hospitalar, enquanto a análise espacial aponta para uma distribuição relativamente mais equilibrada dos serviços ambulatoriais entre as macrorregiões. Embora os procedimentos ambulatoriais apresentem maior frequência, os hospitalares concentram uma parcela

significativamente superior dos gastos totais, evidenciando seu impacto financeiro mais relevante no sistema de saúde.

Essa constatação está em consonância com estudos que identificam a alta complexidade hospitalar como principal componente de custo no financiamento público da saúde. Portanto, torna-se fundamental, aprimorar os processos na rede primária e implementar políticas que incentivem a desospitalização. A expansão da atenção ambulatorial surge como uma estratégia eficaz para melhorar o acesso e a eficiência do sistema, garantindo que aqueles que realmente necessitam de serviços de alta complexidade tenham acesso adequado e oportuno a esses atendimentos.¹⁴

A expansão da atenção ambulatorial de alta complexidade revela-se uma estratégia viável e eficiente, devido à menor necessidade de infraestrutura e investimentos em comparação à atenção hospitalar, facilitando sua implementação em regiões periféricas ou de difícil acesso e promovendo uma alocação mais racional dos recursos.

O estudo evidencia uma concentração significativa de oferta de procedimentos na I macrorregião(metropolitana), para procedimentos hospitalares e ambulatoriais. Por receber pacientes de outras macrorregiões, a I macrorregião concentra, além da oferta de serviços, também o financiamento dos serviços de alta complexidade. Entretanto, o financiamento permanece na própria macrorregião, o que compromete a cobertura e o acesso aos serviços nas demais macrorregiões.

Entretanto, observa-se que os recursos financeiros permanecem restritos ao teto de gastos estabelecido para a própria macrorregião, o que acaba por comprometer a capacidade de financiamento e o acesso aos serviços nas demais regiões. Esse modelo contrapõe-se ao princípio da integralidade, que estabelece que a distribuição e o financiamento dos serviços de saúde devem ocorrer de forma igualitária, garantindo acesso universal a todos os cidadãos, em todas as fases da vida e em todos os níveis de complexidade.

Estudos indicaram uma concentração de serviços de saúde na capital do estado, revelando problemas de acesso aos serviços públicos para as populações rurais ^{15, 16}. Um estudo qualitativo realizado com municípios da II GERES evidenciou essa concentração de serviços de alta complexidade na capital. ¹⁵ Além disso, outra pesquisa exploratória mostrou que a cobertura da atenção primária à saúde é superior nos municípios predominantemente rurais em comparação aos urbanos em Pernambuco, onde se concentram os estabelecimentos de média e alta complexidade, oferecendo serviços mais especializados.¹⁶

A concentração de serviços de alta complexidade nas capitais e municípios-polo, evidenciada neste estudo, também foi observada em outros estados da federação, no estado do

Rio de Janeiro ¹⁷, Tocantins¹, no Pará ¹⁸, Mato Grosso ¹⁹ refletindo um padrão recorrente na regionalização da atenção à saúde no Brasil.

Um estudo qualitativo com entrevistas em profundidade com gestores de regiões de saúde nos estados do Ceará, Mato Grosso do Sul, Paraná, Minas Gerais e Tocantins revelou dificuldades no acesso a leitos hospitalares devido à concentração de hospitais de médio e grande porte nas capitais ou próximas a elas.²⁰

Tais evidências apresentam similaridades com a realidade identificada no estado de Pernambuco, conforme demonstrado pelos dados da presente pesquisa, reforçando a necessidade de estratégias que promovam a descentralização e a equidade na oferta de serviços de alta complexidade.

No cenário nacional, os serviços de saúde estão concentrados principalmente nas capitais, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde a demanda por internações de alta complexidade exige infraestrutura específica frequentemente localizada nessas áreas.⁹

Além disso, outro estudo indicou que nas macrorregiões do Norte e Nordeste concentram-se os piores indicadores de financiamento, recursos humanos, infraestrutura e qualidade da atenção, o que compromete a capacidade de resposta dos serviços nessas áreas, aprofundando os vazios assistenciais e dificultando a efetividade da regionalização e do acesso equitativo aos cuidados de saúde.²¹

A concentração na I Macrorregião pode ser explicada, em parte, pelo fato de nela se concentrar os principais serviços de referência, infraestrutura tecnológica e força de trabalho especializada em alta complexidade. Em contrapartida, a Macrorregião III (Sertão) apresentou a menor frequência de procedimentos ambulatoriais e hospitalares quando comparada às demais macrorregiões do estado.

Por sua vez a III Macrorregião de Saúde apresentou tendência crescente nos grupos de procedimentos ambulatoriais de finalidade diagnóstica, clínica e cirúrgica, no componente hospitalar, foi possível indicar apenas, crescimento dos procedimentos cirúrgicos, que registraram o maior valor percentual anual (VPA=29,21). Isso pode indicar avanço recente e localizado, provavelmente associado a abertura de novos serviços ou fortalecimento de prestadores específicos, mas ainda sujeito à desigualdade na oferta de outros procedimentos,

com deslocamento e procura de serviços em outras macrorregiões.

Os resultados do presente estudo concordam com uma pesquisa anterior ²¹ realizada na mesma região, que avaliou indicadores relacionados às subdimensões de efetividade, acesso, adequação e aceitabilidade dos serviços de saúde. O estudo apontou uma oferta limitada de serviços, refletindo a frágil capacidade da região em atender à demanda por procedimentos de alta complexidade, como angioplastias, radioterapias e quimioterapias, que continuam sendo realizados majoritariamente fora da III Macrorregião de Saúde(Sertão).

Além disso, essa desigualdade na oferta de serviços de alta complexidade também se manifesta na área de transplantes, órgãos, tecidos e células, uma vez que não foi registrado nenhum procedimento, ambulatorial ou hospitalar, na III macrorregião que é majoritariamente realizado na I macrorregião.

Esta assimetria na oferta de transplantes se dá em diversos estados da federação ,atribuídas principalmente à distribuição desigual dos serviços especializados. Observa-se uma concentração dos centros de transplantes nas regiões Sul e Sudeste, o que limita o acesso de pacientes das regiões Norte e Centro-Oeste, enfrentando maiores obstáculos no diagnóstico, encaminhamento e realização dos procedimentos. Na região Nordeste, destacam-se os estados do Ceará e Pernambuco, responsáveis pela maior parte dos transplantes de rim, fígado, coração e pâncreas associado ao rim.²³

A escassez de oferta de procedimentos no interior do estado,sobretudo, no Sertão se dá, dentre outros motivos, pela rotatividade e fixação dos profissionais que constitui fortemente um aspecto que influencia na oferta e na distribuição dos serviços de alta complexidade. A carência de mão-de-obra especializada, é um ponto crítico já que a alta complexidade necessita desses profissionais. ⁸

A formação de médicos no interior revela-se necessária, porque, além de contribuir para suprir a demanda por profissionais de saúde nessas regiões, também fomenta o desenvolvimento acadêmico e científico local e estimula a criação de novos cursos de pós-graduação ²⁴. Entretanto, para além da escassez de profissionais, outros fatores comprometem a organização da rede, tais como a lógica fragmentada dos prestadores de serviços e o poder corporativo de determinadas categorias profissionais. ²⁵

Observa-se que essa realidade não se restringe apenas ao estado de Pernambuco. Em estudo realizado no Mato Grosso revelou que os serviços de alta complexidade além de estarem concentrados em determinadas regiões, são ofertados majoritariamente pelo setor privado. Além disso, há uma desigualdade com relação à disponibilidade de profissionais nas regiões, especialmente para a categoria médica. Entre esses profissionais, além da rotatividade e da dificuldade de fixação, principalmente em regiões mais distantes dos grandes centros ¹⁹. Faz-se necessária políticas que incentivem a permanência de profissionais no interior, especialmente nas áreas mais vulneráveis, onde a falta de acesso a serviços de saúde é mais acentuada.

Embora a maior oferta de procedimentos permaneça concentrada na I Macrorregião (metropolitana), a análise de tendência temporal evidenciou crescimento nos procedimentos realizados nas demais macrorregiões, tanto no componente hospitalar quanto no ambulatorial. E uma tendência estacionária total da macrorregião para procedimentos ambulatoriais. Esses achados sugerem que, apesar da persistente concentração da oferta ambulatorial de alta complexidade na capital, observa-se um processo gradual — ainda que incipiente — de interiorização desses serviços no estado.

Entre 2007 e 2019, verificou-se em Pernambuco uma desconcentração dos serviços de saúde para o interior, impulsionada pela expansão do ensino superior em saúde, por melhorias na infraestrutura de transporte e pelo aumento da renda familiar em cidades do interior. Embora esses fatores tenham ampliado a oferta de serviços, permanecem desigualdades no acesso, sobretudo nos territórios mais periféricos. ²⁶

Outro estudo sugeriu avanços com relação à interiorização dos procedimentos de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética em Pernambuco. Entre os anos de 2008 e 2012, mostrou um aumento significativo na oferta desses exames no interior, com crescimento em sete regiões de saúde. Essa tendência indica uma maior descentralização dos serviços e uma redução na concentração de exames na Região de Saúde da capital, além de diminuir a migração de pacientes para a capital, sugerindo avanços na equidade no acesso a esses procedimentos. ²⁷

Ao analisar a tendência da I Macrorregião (Metropolitana), esta apresentou tendência crescente apenas em procedimentos cirúrgicos e diagnósticos. Por outro lado, os procedimentos clínicos permaneceram estáveis e os transplantes apresentaram tendência

estacionária, apesar de concentrarem praticamente toda a produção do estado nesses grupos. Esse resultado indica que, embora permaneça como principal polo de referência, houve certa estagnação na expansão de novos serviços ambulatoriais de caráter clínico e altamente especializado na região. O que pode indicar a possibilidade de aumentos destes procedimentos clínicos ambulatoriais nas demais macrorregiões, em decorrência do esgotamento da capacidade instalada dos serviços na capital.

A II Macrorregião(Agreste) apresentou crescimento relevante em procedimentos diagnósticos e cirúrgicos, mas manteve tendência estacionária nos demais grupos. Por outro lado, na IV Macrorregião, observou-se uma tendência decrescente tanto para os procedimentos cirúrgicos quanto para os relacionados a transplantes de órgãos, tecidos e células. Esses achados reforçam as disparidades regionais no acesso aos serviços de alta complexidade e evidenciam a necessidade de maior equidade na alocação e expansão desses serviços.

É importante ressaltar que, na IV Macrorregião (Vale do São Francisco), destaca-se a existência da Rede PEBA, composta por municípios de Pernambuco e da Bahia, articulados por meio de um dispositivo de regulação interestadual. Um estudo qualitativo realizado com gestores, profissionais de saúde e usuários evidenciou que, embora haja oferta de algumas especialidades, outras permanecem com longas filas de espera, resultando em tempo elevado para atendimento. Ademais, observou-se uma oferta reduzida ou até mesmo inexistente de determinados serviços, dificultando a atenção integral aos usuários dessa região.²⁸

Com relação à análise da tendência hospitalar, observou-se comportamento crescente ou estacionário nas macrorregiões I, III e IV. Na I macrorregião, a tendência foi crescente tanto para procedimentos clínicos quanto cirúrgicos. O total da macrorregião permanece com tendência de crescimento reafirmando a centralidade histórica da região como principal prestadora de serviços hospitalares de alta complexidade. Na IV Macrorregião, observaram-se tendências crescentes em procedimentos clínicos e transplantes, enquanto os procedimentos cirúrgicos permaneceram estacionários.

Por outro lado, a II macrorregião(Agreste) além de apresentar uma tendência decrescente para os procedimentos relacionados a transplantes de órgãos, tecidos e células, apresentou tendência estacionária para procedimentos clínicos e cirúrgicos, com intervalos de confiança muito amplos, incluindo valores negativos, o que sugere instabilidade na oferta ou

problemas na continuidade da produção. Importante destacar que a tendência total da macrorregião tanto para procedimentos ambulatoriais e hospitalares apresentou-se estacionária.

Importa destacar que a tendência total da macrorregião, tanto para os procedimentos ambulatoriais quanto para os hospitalares, apresentou-se estacionária

Um estudo realizado na IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco, pertencente à II Macrorregião(Agreste), identificou, por meio da análise de atas de reuniões, diversas falhas na comunicação entre os serviços de média e alta complexidade, além de dificuldades no acesso a procedimentos de alta complexidade, como cirurgias de grande porte, frequentemente realizadas em municípios como Recife.⁹

Apesar da proximidade geográfica entre a II Macrorregião(agreste) e a I Macrorregião(metropolitana), esperava-se que a análise das tendências de procedimentos apontasse um comportamento crescente ao longo do período estudado. Entretanto, os resultados evidenciaram tendência estacionária tanto para os procedimentos ambulatoriais quanto hospitalares, além de tendência decrescente no caso dos transplantes de órgãos e tecidos no âmbito hospitalar. Esses achados reforçam a necessidade de fortalecimento do processo de regionalização da assistência, de modo a promover uma distribuição mais equitativa dos recursos e ampliar o acesso da população residente em regiões situadas fora do eixo metropolitano.

Essa desigualdade na distribuição de serviços ficou ainda mais evidente com a pandemia de COVID-19, com dificuldades na oferta de leitos de UTI, superlotação em algumas regiões e aumento no deslocamento de pacientes críticos, o que dificultou o acesso aos serviços de saúde.³⁰ No Rio de Janeiro, estudos de séries temporais indicaram que, durante 2020 e 2021, houve aumento na produção de serviços de média e alta complexidade na Região Metropolitana I, refletindo maior demanda por internações e sobrecarregando o sistema de saúde.¹⁷

Em Pernambuco, a pandemia impulsionou avanços ao ampliar a oferta de serviços de urgência, emergência e UTIs pediátricas, reduzindo deslocamentos em 2021; contudo, o acesso às UTIs pediátricas ainda permanece concentrado na macrorregião Metropolitana, evidenciando desigualdades regionais persistentes.³¹

Com base nessa análise, sugere-se que estudos futuros aprofundem a análise da oferta de serviços de alta complexidade em Pernambuco, considerando a evolução por grupos e subgrupo de procedimentos, especialmente no contexto das mudanças pós-pandemia. Bem como investiguem comparativamente as tendências regionais e o perfil dos prestadores responsáveis pela oferta desses serviços. Essas investigações, em conjunto com as análises atuais, podem fornecer subsídios essenciais para o planejamento e a organização dos serviços de saúde, promovendo uma distribuição mais equitativa e eficiente dos recursos.

Este estudo limita-se à utilização de dados abertos e disponíveis nos sistemas de informação do DATASUS, os quais podem estar sujeitos a erros de processamento e subnotificações. No entanto, apesar dessas limitações, os dados do DATASUS constituem um recurso valioso para a pesquisa científica e para a tomada de decisões em saúde pública de grande relevância por disponibilizar aos gestores, pesquisadores e à população um conjunto de informações sobre a distribuição para a alta complexidade ambulatorial e hospitalar e análise de tendência de procedimentos nas macrorregiões de Pernambuco, que podem contribuir para a tomada de decisão baseada em evidências e, consequentemente, para o fortalecimento dos serviços e das ações do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou expressivas disparidades regionais na distribuição dos procedimentos de alta complexidade em Pernambuco, caracterizadas por uma forte concentração na I Macrorregião(metropolitana) e pela existência de vazios assistenciais nas demais, especialmente na III Macrorregião (Sertão). A análise temporal revelou que, embora alguns procedimentos tenham apresentado tendência crescente ou estacionária, com avanços pontuais nas macrorregiões do interior (III e IV), ainda persistem lacunas relevantes na oferta regionalizada. Esse cenário aprofunda desigualdades históricas no acesso e dificulta a consolidação de um sistema de atenção à saúde efetivamente regionalizado. Além disso, os dados evidenciam fragilidades na sustentabilidade do processo de interiorização, demonstradas por tendências estacionárias ou decrescentes em grupos estratégicos de procedimentos, como transplantes e cirurgias de alta complexidade realizadas fora da capital.

A partir dessas evidências, torna-se urgente o fortalecimento do planejamento territorial, com base nas necessidades específicas de saúde, nos modelos de rede existentes e nos mecanismos de governança. Recomenda-se a revisão dos mapas de saúde e do Plano

Diretor de Regionalização (PDR), com vistas à ampliação dos serviços de alta complexidade no interior do estado. A distribuição equitativa desses serviços é fundamental para a consolidação de redes regionalizadas, a promoção da equidade e a efetivação do direito universal à saúde. Novas pesquisas são necessárias para aprofundar o conhecimento sobre acesso e qualidade da atenção especializada, considerando as desigualdades territoriais de Pernambuco.

REFERÊNCIAS

1. Shimizu HE, Ramos MC, Carvalho ALB. Os desafios da regionalização em saúde no Tocantins, Brasil. *Rev. Gest. Sist. Saúde*. 2020 [acesso em 2025 mai 20]; 9(3):517-34. DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.15945>
2. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc*. 2015 [acesso em 2025 mai 20]; 24(2):413-422. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>
3. Viana ALD, Lima LDD, Silva HPD, *et al.* Contribuições para o debate sobre regionalização e saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2025 mai 23]; 35(Suppl 2):e00075819. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00075819>
4. Soares JRHS, Bezerra ACV, Sá AJ de. O federalismo sanitário brasileiro e a regionalização da saúde no estado de Pernambuco. *Hygeia [Internet]*. 27º de dezembro de 2019 [citado 29º de junho de 2025]; 15(34):115-28. DOI: [10.14393/Hygeia153447217](https://doi.org/10.14393/Hygeia153447217).
5. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Recife, PE: Secretaria Estadual de Saúde; 2011. [acesso em 2025 mai 20]. 20p. Disponível em: https://portal-antigo.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf
6. Resolução no 4.086, de 11 de junho de 2018. [local desconhecido]: CIB-PE; 2018 [acesso em 2025 mai 20]. Disponível em: <file:///C:/Users/IV%20GERES/Downloads/RESOL%204086%20CIB%20PE%20PLANEJAMENTO%20REGIONAL%20INTEGRADO%20-%20PRI.pdf>
7. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Programação Anual de Saúde (PAS) 2023 aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde. Recife, PE: Secretaria Estadual de Saúde; 2024 [acesso em 2025 mai 25]. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/pas_2023_aprovada_pelo_conselho.pdf
8. Valadão ASL, Guedes IAP, Sousa PMLS. Factors that influence the population's failure to access high complexity SUS services. *Res Soc Dev*. 2021 [cited 2025 may 22]; 10(14):e132101421772. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21772>
9. Guerra DM, Louvison MCP, Chioro A, *et al.* Índice de Dependência Regional e Macrorregional: uma contribuição ao processo de regionalização do SUS. *Saúde debate*. 2023 [acesso em 2025 mai 18]; 47(138):431-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313805>
10. Lemos RS. Regionalização da alta complexidade em saúde no estado de Pernambuco: oferta e alocação de recursos [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2014. 68p. [acesso em 2025 mai 10]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/17093/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%2002-12-2015%20%281%29.pdf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de saúde (TABNET) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2025 jun 30]. Disponível em: <https://tabnet.datasus.gov.br/>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022

13. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015 [acesso em 2025 mai 18]; 24(3):565-76. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-4974201500030002>
14. Finkelstein BJ, Junior LB. A capacidade de leitos hospitalares no Brasil, as internações no SUS, a migração demográfica e os custos dos procedimentos. *J Bras Econ Saúde*. 2020 [acesso em 2025 mai 24]; 12(3):273-80. DOI: <https://doi.org/10.21115/JBES.v12.n3.p273-80>
15. Soares J. O acesso das populações rurais aos serviços de saúde no território da II Gerência Regional de Saúde de Pernambuco [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2020. 148p. [acesso em 2025 mai 16]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/40351/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Jos%C3%A9%20Roberto%20Henrique%20Souza%20Soares.pdf>
16. Soares J, Bezerra A, Bitoun J. Cobertura da Atenção Primária à Saúde em Pernambuco: Os municípios rurais na organização regional da saúde. *Estr*. 2024 [acesso em 2025 mai 25]; 5(1):68-80. DOI: <https://doi.org/10.53455/re.v5i1.22>
17. Nunes PC, Bellas H, Paulino ET, *et al*. Manutenção dos serviços de média e alta complexidade em contexto de alta transição de usuários: um estudo ecológico de séries temporais no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2024.[acesso em 2025 mai 22]; 29(1):e16542022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.16542022>
18. Godoy CV, Rocha GM. A territorialidade da alta complexidade na Região Metropolitana de Belém, Brasil: a saúde especializada é subsidiada pelo SUS? *Ciênc. saúde coletiva*. 2024 [acesso em 2025 mai 17]; 29(5):2092-2099. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.20922022>
19. Martinelli NL, Scatena JHG, Castro ML, *et al*. Análise da estruturação da Rede de Atenção à Saúde no estado de Mato Grosso, Brasil, no contexto da Regionalização. *Ciênc. saúde coletiva*. 2023 [acesso em 2025 mai 18]; 28(2):585-598. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.12952021>
20. Shimizu HE, Pereira VODM, Carvalho ALBD, *et al*. Regionalização em saúde no Brasil: uma análise da percepção dos gestores de Comissões Intergestores Regionais. *Physis. Rev Saúde Coletiva*. 2022 [acesso em 2025 mai 22]; 32(1):e320105. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320105>
21. Paschoalotto MAC, Passador JL, Passador CS, *et al*. Regionalização da saúde no Brasil: desigualdades socioeconômicas e na performance em saúde. *Gest. Reg*. 2022 [acesso em 2025 mai 26]; 38(113):313-27. DOI: <https://doi.org/10.13037/gr.vol38n113.7017>
22. Parente AS, Santana ASR, Oliveira SRA. Desempenho dos serviços de saúde do SUS de uma macrorregião do estado de Pernambuco, Brasil. *Saúde Debate*. 2021 [acesso em 2025 mai 18]; 45(129):300-314. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112904>
23. Soares LSS, Brito ES, Magedanz L, *et al*. Transplantes de órgãos sólidos no Brasil: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, 2001-2017. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020 [acesso em 2025 mai 18]; 29(1):e2018512. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100014>
24. Junyor CGA, Madeira LSC, Sousa MFJ, *et al*. Efeitos da interiorização da medicina no Brasil: um olhar social e acadêmico. *J Health Biol Sci*. 2024 [acesso em 2025 mai 23]; 12(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v12i1.5200.p1-9.2024>
25. Tanaka OY, Akerman M, Louvison MCP, *et al*. Desafios para a implementação de processos de planificação em regiões de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2023 [acesso em 2025 mai 22]; 57(Suppl 3):2s. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005138>
26. Santos ES, Rocha RM, Almeida ET, *et al*. Dinâmica locacional dos serviços de saúde: evidências para Pernambuco: (2007 E 2019). *Hygeia*. 2023 [acesso em 2025 mai 19]; 19:e1916. DOI: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/65925>
27. Pimentel FC, Souza LVS, Silva RE, *et al*. A regionalização dos exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética no estado de Pernambuco nos anos de 2008 e 2012. *Rev Gest Sist Saúde*. 2015 [acesso em 2025 mai 26]; 4(2):1-10. DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v4i2.135>
28. Cavalcanti DMAH, Cavalcanti RP, Gonçalves RF, Silva KSB, Santos DC, Santos VP, Bezerra AFB. Multifatorialidade da regulação assistencial para sustentabilidade do território e da regionalização. *Saúde Debate*. 2024 Jul-Sep;48(142):e8705. DOI: [10.1590/2358-289820241428705P](https://doi.org/10.1590/2358-289820241428705P)
29. Mota RJAV, Sobrinho, JEL, Silva MC, *et al*. Análise dos mecanismos de gestão estratégica e participativa do Sistema Único de Saúde do Estado de Pernambuco. *Saúde Redes*. 2022

- [acesso em 2025 mai 18]; 8(3):89-106. DOI:
<https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n3p89-106>
30. Costa, DRT; Barreto, JOM; Sampaio, RB. Como estávamos antes? Uma análise da oferta potencial e desigualdade de acesso geográfico aos recursos críticos para tratamento de COVID-19. Ciênc. Saúde Coletiva. 2022 [acesso em 2025 mai 22]; 27(4):1389-1401. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.16392021>
31. Brito PM, Ribeiro KSQS, Portugal JL, *et al.* Acessibilidade geográfica à Unidade de Terapia Intensiva pediátrica: Mudanças na COVID-19 em Pernambuco, Brasil, 2019-2021. Hygeia. 2024 [acesso em 2025 mai 20]; 20:e2060. DOI: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/70954>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta dissertação trouxeram evidências relevantes acerca da distribuição espacial e temporal dos serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade no estado de Pernambuco, no período analisado. A investigação revelou expressivas desigualdades territoriais, marcada concentração da oferta na I Macrorregião de Saúde e persistência de vazios assistenciais nas regiões do interior, especialmente na III Macrorregião (Sertão). Apesar de avanços pontuais na interiorização de determinados procedimentos, observou-se tendência de estagnação ou retrocesso em procedimentos estratégicos, o que compromete a consolidação de um sistema de atenção à saúde efetivamente regionalizado e equitativo.

Ao preencher uma lacuna relevante na literatura científica acerca da organização e distribuição dos serviços de alta complexidade no SUS, especialmente em recortes regionais e subnacionais, este estudo contribui para qualificar o debate sobre os processos de regionalização, contratualização, financiamento e governança das redes de atenção à saúde em Pernambuco. Os resultados obtidos reforçam a necessidade de fortalecimento do planejamento regional, de revisão dos mapas de saúde e do Plano Diretor de Regionalização (PDR), bem como do aprimoramento dos instrumentos de gestão, visando ampliar a capilaridade e a resolutividade da oferta de serviços de alta complexidade no interior do estado.

Reconhecem-se as limitações decorrentes do uso de dados secundários provenientes dos sistemas de informação do DATASUS, sujeitos a inconsistências, sub-registros e limitações de detalhamento. Ainda assim, tais bases representam fontes fundamentais para análises em saúde coletiva, pela sua amplitude e importância para o planejamento e a avaliação de políticas públicas.

Para aprofundar o conhecimento sobre as desigualdades na oferta de alta complexidade em Pernambuco, recomenda-se que pesquisas futuras explorem de forma mais detalhada a evolução dos diferentes grupos e subgrupos de procedimentos, realizem análises comparativas entre macrorregiões e considerem as mudanças estruturais e assistenciais observadas no cenário pós-pandêmico. Estudos qualitativos e análises sobre o impacto da contratualização, da regulação e do financiamento também podem contribuir para uma compreensão mais ampla dos condicionantes que moldam o acesso e a distribuição desses

serviços.

Dessa forma, esta dissertação contribui não apenas para o avanço acadêmico sobre a organização dos serviços de alta complexidade no SUS, mas também oferece subsídios para gestores, planejadores e formuladores de políticas públicas no enfrentamento das desigualdades regionais, no fortalecimento da capacidade instalada e na promoção de um cuidado mais equânime e qualificado para a população pernambucana.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, C. D. A. C.; OLIVEIRA, D. C. D.; TEIXEIRA, A. B. M. et al. Tomografia computadorizada e ressonância magnética no Brasil: estudo epidemiológico sobre distribuição dos equipamentos, frequência de realização dos exames e comparação entre setores público e privado. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 57, p. e20230094en, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2023.0094>. Acesso em: 9 mai. 2025.

ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, 232p.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 16 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 16 mai. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016.496p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 26 mai. 2025.

BRASIL.Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017**. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html. Acesso em: 1 mai. 2025.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 37, de 22 de março de 2019**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União, 22 mar. 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 20 de mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União. 28 fev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em:

10 de mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 204, de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, 30 jan. 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 10 de mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 29 dez. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html#:~:text=Altera%20a%20Portaria%20de%20Consolida%C3%A7%C3%A3o,do%20Sistema%20%C3%9Ani co%20de%20Sa%C3%BAde. Acesso em: 11 de mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução de Consolidação CIT Nº 1, DE 30 de Março de 2021.** Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2 Abr. 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html. Acesso em: 13 de mai. 2025.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União, 22 Out. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 30 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, 30 dez. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 25 mai. 2025.

BRASIL. Casa Civil. **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 União, 28 jun. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 25 mai. 2025.

BRITO, P. M.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; PORTUGAL, J. L. et al. Acessibilidade geográfica à

Unidade de Terapia Intensiva pediátrica: Mudanças na COVID-19 em Pernambuco, Brasil, 2019-2021. **Hygeia**, Uberlândia, v. 20, e2060, 2024. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/70954>. Acesso em: 20 mai. 2025.

CARDOSO, A. C. A.; MARTELLI, P. J. L.; MIRANDA, G. M. D. et al. Interface Regionalização e Controle Social numa Macrorregião de Saúde. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 161-180, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n2p161-180>. Acesso em: 19 mai. 2025.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Informa n. 61/2024. **Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024**. Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada no âmbito do SUS. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-61-2024-publicada-a-portaria-gm-n-3492-que-institui-o-programa-nacional-de-expansao-e-qualificacao-da-atencao-ambulatorial-especializada-no-ambito-do-sistema-unico-d/>. Acesso em: 24 mai. 2025.

COSTA, D. R. T.; BARRETO, J. O. M.; SAMPAIO, R. B. How were we before? An analysis of the potential supply and inequality in the geographic access to critical resources for the COVID-19 treatment. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 1389–1401, 2022. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5w7j8Hgb7mDdSLPS4bxSjKk/>. Accessed on: 03 mai. 2025.

DUBEUX, L. S. **A regionalização da assistência às urgências e emergências em hospitais de referência regional de Pernambuco: uma avaliação sobre a Vertente do Acesso aos Serviços de Saúde**. 2012. Tese (Mestrado em Saúde Pública)- Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2012.

ERNY-ALBRECHT, K.; BYWOOD, P. Regionalisation of health services: Benefits and impact. **Primary Health Care Research & Information Service**, Adelaide, 2016. Available at: <https://dspace.flinders.edu.au/xmlui/handle/2328/38388?show=full>. Accessed on: May 15, 2025.

ESKANDARIAN, M.; RAEISI, A.; FERDOSI, M. et al. Toward Iran's health system regionalization: a qualitative approach. [Preprint] **Isfahan: Springer Science and Business Media LLC**, June 10, 2024. Available at: <http://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-4478853/v1>. Accessed on: 15 mai. 2025.

GUERRA, D. M.; LOUVISON, M. C. P.; CHIORO, A. et al. Índice de Dependência Regional e Macrorregional: uma contribuição ao processo de regionalização do SUS. **Saúde em Debate**, v. 47, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313805>. Acesso em: 10 mai. 2025.

GURGEL, A. L. A. **Regionalização e redes de atenção à saúde: a análise do financiamento federal e da oferta de serviços nas regiões de saúde**. 2020. 74 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde)—Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) . Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

JUNYOR, C. G. A.; MADEIRA, L. S. C.; SOUSA, M. F. J. et al. Efeitos da interiorização da medicina no Brasil: um olhar social e acadêmico. **Journal of Health & Biological Sciences**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v12i1.5200.p1-9.2024>. Acesso em: 23 mai. 2025.

KOS, S.R.; SANTOS, N. P.; KLEIN, L. et al. Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: é possível cobrir os custos com o repasse do SUS? In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS**, 22., 2015, Foz do Iguaçu. Anais eletrônicos. Foz do Iguaçu: Associação Brasileira de Custos, 2015. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4026/4027>. Acesso em: 20 mai. 2025.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>. Acesso em: 30 mai. 2025.

LEMO, R. S. **Regionalização da alta complexidade em saúde no estado de Pernambuco: oferta e alocação de recursos**. 2014. 1 v. Dissertação (Mestrado em Economia da Saúde) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

LESSA, F. J. D.; MENDES, A. D. C. G.; FARIAS, S. F. et al. Novas metodologias para vigilância epidemiológica: uso do Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS. **Informe Epidemiológico do SUS**, Belo Horizonte, v. 9, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732000000500001>. Acesso em: 25 mai. 2025.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 2881-2892, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100005>. Acesso em: 25 mai. 2025.

LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M.V.D.; SCATENA, J. H. G. et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094618>. Acesso em: 05 mai. 2025.

LOUVISON, M.C.P. Regionalização dos sistemas de saúde como respostas às desigualdades territoriais: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00116019> Acesso em: 09 mai. 2025.

MACHADO, D.S.; LELIS, D. A. S.; CLARK, G. Tabela de procedimentos do SUS à luz da ordem econômica: ausência de correção inflacionária da remuneração das Santas Casas no âmbito da saúde pública. **Rei-Revista estudos institucionais**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.21783/rei.v8i3.713>. Acesso em: 11 mai. 2025.

MANNS, B. J.; HASTINGS, S.; MARCHILDON, G. et al. Health system structure and its influence on outcomes: The Canadian experience. **Healthcare Management Forum**, Calgary (AB), v. 37, n. 5, p. 340–350, Sep. 2024. Available at: <https://doi.org/10.1177/08404704241248559>. Accessed on: May 11, 2025.

MARTINS, W. M. C. S. **Regulação em saúde, instrumento de gestão do SUS na promoção do acesso: uma revisão integrativa**. 2018. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2018.

MELLO, G. A.; DEMARZO, M.; VIANA, A. L. D. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1139-1150, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400006>. Acesso em: 25 mai. 2025.

MENDES, A.; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 393-402, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200200>. Acesso em: 19 mai. 2025.

MENDES, E.V. **Desafios do SUS**. Brasília- DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019.867.p. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2025.

MORAIS, H M.M.; ALBUQUERQUE, M. D. S. V. D.; OLIVEIRA, R. S. D. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>. Acesso em: 28 mai. 2025.

MOTA, R. J. A.V.; SOBRINHO, J.E.; SILVA, M.C. et al. Análise dos mecanismos de gestão estratégica e participativa do Sistema Único de Saúde do Estado de Pernambuco. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 89-106, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n3p89-106>. Acesso em: 06 mai. 2025.

NOGUEIRA, F. T. B. **Limites e desafios para o desenvolvimento de um sistema territorial de inovação em saúde em economia retardatária: o caso de Pernambuco**. 2023. 239 f. Tese (Doutorado em Inovação Terapêutica) – Centro de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023.

NOGUEIRA, M.S. L.; OLIVEIRA, L. C.; COSTA, L. F. A. Comissão Intergestores Regional como mecanismo de governança da política de saúde no Ceará. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, p. 263-274, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112901>. Acesso em: 09 mai. 2025.

NUNES, A. M. Avaliação do grau de integração da atenção primária à saúde com atendimento especializado no modelo de unidade local de saúde experimentado em Portugal.

Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 30, 2021. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021180532>. Acesso em: 16 mai. 2025.

NUNES, P. C.; BELLAS, H.; PAULINO, E. T. et al. Manutenção dos serviços de média e alta complexidade em contexto de alta transição de usuários: um estudo ecológico de séries temporais no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, 2022, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.16542022>. Acesso em: 26 mai. 2025.

OLIVEIRA, R.A.; DUARTE, C.M.; PAVÃO, A.L. et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718>. Acesso em: 20 mai. 2025.

OLIVEIRA, D.S.; SANTOS, F. A. S.; PACHECO H. F. et al. **A condução da regionalização do SUS em Pernambuco na perspectiva dos membros das câmaras técnicas regionais**. In: JUNIOR, G. D. G. et al. (org). **Novos Modelos de Gestão do SUS e as Relações Institucionais de Controle em Foco**. Recife: Editora: UFPE, 2021. Cap.6. pg: 147-164.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de saúde 2008: cuidados de saúde primários - agora mais que nunca**. Genebra: OMS; 2008. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1. Acesso em: 08 mai. 2025.

PAIVA NETO, F.T.; RODRIGUES, D.B.; ROVARIS, M.D.F.S. et al. Do Litoral à Serra: a experiência do Planifica SUS na Atenção Primária à Saúde em Santa Catarina. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, Ceará, v. 19, n.1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36925/sanare.v19i1.1432>. Acesso em: 29 mai. 2025.

PARENTE, A. S.; SANTANA, A.S.R.; OLIVEIRA, S. R. A. Desempenho dos serviços de saúde do SUS de uma macrorregião do estado de Pernambuco, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n.129, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112904>. Acesso em: 16 mai. 2025.

PERNAMBUCO. **Plano Diretor de Regionalização**. Governo do Estado de Pernambuco, 2011. Disponível em: https://portal-antigo.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1_doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf. Acesso em: 10 mai. 2025.

PESAPANE, F.; TANTRIGUE, P.; ROTILI, A. et al. Disparities in Breast Cancer Diagnostics: How Radiologists Can Level the Inequalities. **Cancers**, Suíça, v. 16, n. 1, 2023. Available at: <https://doi.org/10.3390/cancers16010130>. Accessed on: 05 mai. 2025.

PIMENTEL, F. C.; SOUZA, L. V. S.; SILVA, R. E. et al. A Regionalização dos Exames de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética no Estado de Pernambuco nos anos de 2008 e 2012. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 2, 2015.

Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v4i2.135>. Acesso em: 18 mai. 2025.

PINAFO, E.; NUNES, E.F.P.A.; CARVALHO, B.G. et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34332019>. Acesso em: 15 mai. 2025.

RECIFE (Município). **Complexo de Saúde. Recife, PE: Prefeitura do Recife**. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/pagina/complexo-de-saude>. Acesso em: 26 mai. 2025.

RIBEIRO, P.T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J.L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28102016> Acesso em: 25 mai. 2025.

ROMANO, C. M. C.; SCATENA, J. H. G; KEHRIG, R. T. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1095-1115, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400004>. Acesso em: 27 mai. 2025.

SANTOS, F. A. S.; GURGEL JÚNIOR, G. D.; PACHECO, H. F. et al. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.4, p. 402-408, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500040126>. Acesso em: 23 mai. 2025.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06082018>. Acesso em: 15 mai. 2025.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo - sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1281-1289, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>. Acesso em: 08 mai. 2025.

SESTELO, J.A.F. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04682018>. Acesso em: 30 mai. 2025.

SHIMIZU, H. E.; RAMOS, M. C.; CARVALHO, A. L. B. C. Os desafios da regionalização em saúde no Tocantins. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.15945>. Acesso em: 11 mai. 2025.

SILVA, J. F. M. **Regionalização e cooperação nas estratégias de contratualização no SUS**. 2022. 1 v. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

SIMÃO, J.B.; ORELLANO, V.I.F. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o

setor de saúde no Brasil. **Estudos Econômicos, São Paulo**, v. 45, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-4161201545133jbv>. Acesso em: 26 mai. 2025.

SOARES, H.S.; ROBERTO, J.; BEZERRA, A.C.V. et al. O Federalismo Sanitário Brasileiro e a Regionalização da Saúde no Estado de Pernambuco. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 15, n. 34, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153447217>. Acesso em: 08 mai. 2025.

SOARES, J.; BEZERRA, A.; BITOUN, J. Cobertura da Atenção Primária à Saúde em Pernambuco: Os municípios rurais na organização regional da saúde. **Estrabão**, Santa Catarina, v. 5, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.53455/re.v5i1.222>. Acesso em: 16 mai. 2025.

SOARES, J. R. H. S. **O acesso das populações rurais aos serviços de saúde no território da II Gerência Regional de Saúde de Pernambuco**. 2020. 146 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

SOARES, L. S. S.; BRITO, E. S.; MAGEDANZ, L. et al. Transplantes de órgãos sólidos no Brasil: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, 2001-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, e2018512, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100014>. Acesso em: 18 mai. 2025.

TANAKA, O. Y.; AKERMAN, M.; LOUVISON, M. C. P. et al. Desafios para a implementação de processos de planificação em regiões de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005138>. Acesso em: 03 mai. 2025.

VALADÃO, A. S. L.; GUEDES, I. A. P.; SOUSA, P. M. L. S. Factors influencing the lack of access to high-complexity services of the SUS by the population. **Research, Society and Development**, Minas Gerais, v. 10, n. 14, 2021. Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21772>. Accessed on: May 1, 2025.

VIANA, A.L.A.; BOUSQUAT A.; MELO, G.A et al. Regionalização e redes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1791-1798, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. Acesso em: 22 mai. 2025.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L. D. D.; SILVA, H. P. D. et al. Contribuições para o debate sobre regionalização e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. Suppl 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00075819>. Acesso em: 26 mai. 2025.

ANEXO A- NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA SAÚDE EM DEBATE

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos (Vancouver) descritos em [Diretrizes para Autores](#).

A primeira página do arquivo com o texto do manuscrito deve conter:

TÍTULO/RESUMO/PALAVRAS-CHAVE, com as devidas traduções para o inglês. No caso de artigos escritos em inglês as traduções devem ficar em português. Não submeter em arquivo separado.

A identificação dos autores não consta no arquivo com o texto.

O número de autores/coautores não excede sete.

O nome dos autores deve ficar registrado no formulário de cadastro do artigo, em 'Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor'. Informações imprescindíveis: NOME – E-MAIL – Nº ORCID – INSTITUIÇÃO DE VÍNCULO.

O arquivo da submissão está no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

O texto está em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5. Não utilizou sublinhados e negritos como grifo no texto.

Utilizou aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras.

Utilizou palavras em outros idiomas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Enviou figuras, gráficos, quadros e tabelas em formato aberto ou em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo.

O manuscrito contém no máximo cinco ilustrações, entre figuras, gráficos, quadros ou tabelas com no máximo duas laudas cada.

No caso de resenha, foi encaminhado capa do livro em alta resolução.

Encaminhou em arquivos separados a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais (obrigatória), o Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP (quando pertinente) e o Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO (obrigatório).

Diretrizes para Autores

SAÚDE EM DEBATE

Diretrizes para autores

Instruções para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADAS EM MAIO DE 2023

POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

A revista 'Saúde em Debate' conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial, revista periodicamente. Seus membros integram o Comitê Editorial e o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

O título abreviado do periódico é Saúde debate, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

POLÍTICA DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#) do tipo atribuição [CC-BY 4.0](#). Esta informação está disponível na *homepage* do *site* e na primeira página de todos os artigos.

DIREITOS AUTORAIS

Em caso de aprovação e publicação do artigo no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista. Os autores devem, no ato da submissão, preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais conforme modelo:

<https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

CUSTOS

É cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 600,00 (atualizado em junho de 2023) para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Não cobramos taxas de submissão. Após a aprovação dos artigos os autores receberão *e-mail* orientando os procedimentos para o pagamento da taxa de publicação.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

POLÍTICA DE ACESSO ABERTO

A revista 'Saúde em Debate' oferece acesso livre ao seu conteúdo, sem custos, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização deste conhecimento, adotando a [Licença Creative Commons](#) do tipo atribuição [CC-BY 4.0](#). Todo o conteúdo da revista está disponível para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores. A reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, deve ter a prévia autorização dos editores da revista.

POLÍTICA DE INCENTIVO À CIÊNCIA ABERTA

Preprint

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o [SciELO preprints](#). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'. No caso de submissão em *preprint* o autor deve informar à revista o número DOI atribuído e o nome do servidor onde foi depositado.

Compartilhamento de dados

A revista 'Saúde em Debate' incentiva o compartilhamento de dados. Para efetuar o depósito de Dados de Pesquisa, os autores devem escolher o repositório de Acesso Aberto que considerarem mais adequado para compartilhar seus dados e fazer o depósito. Informações sobre compartilhamento de dados em repositórios públicos podem ser encontradas em: <https://data.scielo.org/>.

Com base nos critérios da Ciência Aberta, solicitamos aos autores o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO ([modelo anexo](#)), que deve ser anexado ao sistema da revista no momento da submissão do manuscrito como 'Componentes do artigo – Documento complementar'.

POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (COPE): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis em http://www.icmje.org/urm_main.html. A 'Saúde em Debate' segue o '[Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica](#)' do SciELO. Recomenda-se a leitura pelos autores.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#), de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver.

Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos devem deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos, número da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e encaminhar cópia do parecer de aprovação no ato da submissão.

Política anti-plágio

A revista 'Saúde em Debate' adota as diretrizes, orientações e fluxos recomendados pelo Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Ao serem recebidos os manuscritos passam por *softwares* detectores de plágio. É possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada a existência de semelhanças com outros textos já publicados o manuscrito será excluído do processo de avaliação.

Conflito de interesses

Os autores devem informar sobre relações que podem estabelecer conflito de interesses financeiro e/ou de filiação ao assinarem a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais.

Autoria e contribuição

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações de todos os autores devem ser incluídas no formulário de submissão em: 'Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor', contendo: nome completo, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*. As pessoas designadas como autores devem ter

participado substancialmente da elaboração do manuscrito e assumir responsabilidade pelo seu conteúdo.

Na submissão do manuscrito, todos os autores devem preencher e assinar a [Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais](#) colocando o nome por extenso e a sua contribuição detalhada conforme recomendado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para concepção ou desenho do trabalho;
- b) para coleta, análise e interpretação dos dados;
- c) para redação do artigo ou em sua revisão crítica;
- d) para aprovação final da versão a ser publicada.

As informações sobre a participação de cada autor, com respectivo Orcid, constarão no artigo, no item 'Colaboradores', localizado antes das referências.

Financiamento

Em trabalhos científicos financiados, os autores devem enviar a informação à revista sobre a fonte de financiamento, com registro do número do processo. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação dos textos científicos submetidos à revista 'Saúde em Debate', em qualquer das modalidades previstas, é submetido a revisão por pares (*peer review*), sendo o mérito acadêmico o critério utilizado em todas as fases da avaliação. Procuramos promover a inclusão, diversidade e equidade. Nenhum artigo será liminarmente recusado com base em características dos autores como raça, religião, orientação sexual, crença política ou qualquer outro aspecto depreciativo.

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise técnica prévia para identificar cumprimento das normas da revista. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo editor-chefe e por editores associados, que avaliam a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos aprovados nesta etapa de pré-avaliação, são encaminhados ao editor associado que indicará dois pareceristas, levando em consideração o tema do trabalho e sua *expertise*, os quais poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações

de alterações aos autores. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, os editores podem, a seus critérios, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, aos autores para revisão final, que deverão devolver no prazo estipulado.

Ao final do artigo constará informações sobre: data de recebimento, data de aprovação, suporte financeiro e conflito de interesses.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras.

Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Entrevista: texto produzido no mínimo por duas pessoas no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com no máximo 7.000 palavras.

Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter

Na primeira página:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem

conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

No corpo do texto:

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos.

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados.

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada.

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o '[Manual de Normalização de Referências](#)' elaborado pela editoria do Cebes.

Para contribuir com a qualificação e divulgação da revista recomendamos que sejam utilizados artigos publicados pela própria revista.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser de, no máximo, cinco por texto (com no máximo duas laudas cada). As figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em formato aberto/editável, não retirar de outros arquivos. No caso de figuras como por exemplo, fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em preto e branco ou escala de cinza. Devem ser submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde serão inseridos.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

ERRATA:

Após a publicação do artigo, caso haja necessidade de retratações, erratas ou modificações o autor deve entrar em contato por meio do e-mail da revista (revista@saudeemdebate.org.br). A revista segue os procedimentos indicados no '[Guia para registro e publicação de errata](#)' do SciELO.

RECLAMAÇÕES E RECURSOS:

Os autores têm direito de pedir explicações, se perceberem má conduta em quaisquer políticas que envolvam éticas de publicação da revista. A reclamação deve ser feita por meio de carta, enviada ao editor pelo e-mail revista@saudeemdebate.org.br. Recebida a reclamação, inicia-se processo de investigação, pela equipe executiva da revista, sob orientação do editor-chefe. Ao final da apuração, elabora-se relatório e encaminha-se, por e-mail, a resposta ao interessado com a decisão tomada. Acreditamos que as reclamações contribuem para a melhoria do processo de avaliação, tempo de processamento e publicação dos manuscritos submetidos à revista.

DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO

1. Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais

Todos os autores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, anexar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

3. Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO

Os autores devem preencher o formulário:

<https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-de-Conformidade-Ciencia-Aberta.docx>, e anexar ao sistema da revista como 'Componentes do artigo – Documento complementar'.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros. A revista utiliza o *software* OJS (Open Journal Systems) para avaliação de seus manuscritos. Este sistema prevê o *backup* de todo conteúdo registrado. Além disso, a 'Saúde em Debate' encontra-se disponível nos acervos digitais da empresa Docpro desde seu primeiro número, lançado em 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Artigo Original

Resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Ensaio

Análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

Revisão

Revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

Artigo de Opinião

Exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras.

Relato de Experiência

Descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

Resenha

Resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Entrevista

Texto produzido no mínimo por duas pessoas no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com no máximo 7.000 palavras.

Documento

Trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Depoimento

Trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.