29 PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM PERNAMBUCO NO ANO DE 2024

Maria Nataly Ferreira dos Santos
Petrônio José de Lima Martelli
Ana Paula de Pieri de Toledo
Juliana Loiola da Silveira

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI: 10.37085/bookAS.13.chap29

RESUMO

O estudo analisou a distribuição da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade em Pernambuco, em 2024. Foram utilizados dados secundários do SIA e SIH/DATASUS, baseados nas APACs e AIHs, abrangendo os 184 municípios de Pernambuco, distribuídos em 12 Regiões de Saúde e 4 Macrorregiões. Os resultados apontaram a realização de 88,2 milhões procedimentos ambulatoriais e 447,1 mil procedimentos hospitalares. Pernambuco revela forte centralização na Macrorregião Metropolitana, especialmente no Recife, que concentrou a ampla maioria dos procedimentos realizados no estado. Essa macrorregião foi responsável por mais de 70% dos atendimentos hospitalares e mais de 90% dos procedimentos de alta complexidade, tanto hospitalares quanto ambulatoriais. As demais macrorregiões apresentam participação

significativamente menor: Agreste respondeu por 10,5% da média e 5,0% da alta complexidade hospitalar, além de 10,5% da média e 3,7% da alta complexidade ambulatorial. O Sertão contribuiu com 8,8% da média e 0,7% da alta hospitalar, e 4,3% da média e 0,3% da alta ambulatorial. Já o Vale do São Francisco e Araripe registrou 9,9% da média e 3,7% da alta hospitalar, e 4,7% da média e 0,3% da alta ambulatorial. Constata-se que rede de média e alta complexidade em Pernambuco ainda não se alinha plenamente à regionalização do SUS, gerando desigualdades de acesso e sobrecarga da capital, apesar dos instrumentos normativos e estruturais existentes.

Palavras-chaves: Regionalização em saúde, SUS, Desigualdades em saúde, Pernambuco

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.080/1990, representou um marco histórico para a sociedade brasileira. A partir desse momento, a saúde passou a ser efetivamente um dever do Estado e um direito universal, garantindo acesso a todos os cidadãos.Para assegurar seu funcionamento de forma equânime e eficiente, o SUS foi organizado de maneira regionalizada e hierarquizada, estruturado em diferentes níveis de atenção: básica (ou primária), média e alta complexidade[1]. A regionalização, nesse contexto, tem como principal objetivo orientar a alocação de recursos a partir de um ordenamento territorial de base regional. Embora o financiamento do SUS seja tripartite — envolvendo União, estados e municípios — cada ente federado possui autonomia para aplicar os recursos e implementar programas. Essa descentralização conferiu protagonismo à esfera municipal, tornando os gestores locais responsáveis por adequar a rede assistencial às necessidades específicas de cada população[2,3].

Na prática, entretanto, a regionalização enfrenta barreiras significativas. Duas questões merecem destaque. A primeira refere-se

ao fato de que os serviços de média complexidade, especialmente os hospitalares e especializados, muitas vezes se consolidaram como porta de entrada do sistema, absorvendo demandas que deveriam ser resolvidas na atenção básica. Esse desvio compromete tanto a qualidade do atendimento primário quanto o acesso oportuno a tratamentos especializados. O segundo aspecto é a dificuldade de muitos municípios em garantir procedimentos de maior complexidade. Diante disso, parte deles busca estruturar sistemas municipais autônomos, sem integração regional, o que resulta em redes fragmentadas, pouco eficientes, com serviços ociosos e de alto custo. Tal cenário amplia os gastos públicos, reforça desigualdades e intensifica a lógica de mercado, pautada na oferta e demanda, em detrimento da cooperação federativa[4,5].

Em Pernambuco, foi elaborado o Plano Diretor de Regionalização (PDR) entre 2001 e 2002, em conformidade com as diretrizes da NOAS-SUS 01/01. O plano tinha como objetivo fortalecer a descentralização no estado e organizar a rede de atenção em diferentes níveis de complexidade. As redes, por sua vez, deveriam articular serviços e ações de variadas densidades tecnológicas, integradas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, garantindo a integralidade do cuidado. No entanto, a falta de mecanismos eficazes de monitoramento e avaliação impediu a consolidação dessas propostas. Como consequência, o PDR não conseguiu orientar a conformação de uma rede assistencial sólida, resultando em deslocamentos desordenados de pacientes para os grandes centros urbanos — especialmente a capital — em busca de serviços especializados e de maior densidade tecnológica[6].

Nesse contexto, a regulação do acesso aos procedimentos de alta complexidade era limitada, sendo a porta de entrada definida, na maioria das vezes, pelos próprios prestadores contratados. Para enfrentar essa fragilidade, em 2009, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco implantou a Central Estadual de Regulação Ambulatorial, com o objetivo de organizar a oferta de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, por meio do sistema

informatizado APAC NET. Contudo, sua atuação mostrou-se insuficiente para descentralizar efetivamente a assistência. Ainda em 2009, foi criada a Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados (CMCE), que passou a regular consultas e exames como ultrassonografia, tomografia e ressonância magnética. Esse mecanismo possibilitou o monitoramento do desempenho da rede, maior racionalidade no planejamento das ações e a redução de deslocamentos desnecessários da população em busca de diagnóstico[7].

Estudos anteriores já apontaram que a rede assistencial pernambucana, embora disponha de instrumentos normativos como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), enfrenta desafios estruturais relacionados à oferta desigual de serviços especializados, à insuficiência de recursos humanos qualificados e à baixa capacidade instalada em regiões do interior. Conforme Dubeux[8], a implantação da regionalização em Pernambuco ainda é marcada por expressivas desigualdades na distribuição dos serviços de média e alta complexidade, concentrados predominantemente na Região Metropolitana do Recife, o que limita a efetividade do PDR enquanto instrumento de equidade territorial. De modo semelhante, Leite et al.[9], ao analisarem o acesso aos serviços obstétricos no interior do estado, evidenciaram a fragilidade da rede em garantir atendimento adequado e oportuno às gestantes, o que acarreta deslocamentos frequentes para os grandes centros de referência. Essa assimetria estrutural, resultante da concentração de recursos humanos e tecnológicos em poucos polos regionais, tem como consequência a sobrecarga dos hospitais de referência, o aumento dos fluxos intermunicipais de pacientes e as dificuldades logísticas que comprometem a integralidade e a qualidade da assistência prestada à população pernambucana[8,9].

Diante desse cenário, torna-se fundamental desenvolver pesquisas que avaliem, de forma crítica e sistematizada, a distribuição da assistência de média e alta complexidade no estado. Tal análise não apenas contribui para a literatura científica sobre políticas de saúde e gestão do SUS, mas também oferece subsídios técnicos

para gestores municipais, estaduais e federais no planejamento de ações voltadas ao fortalecimento das redes regionais. Além disso, a investigação ganha pertinência ao dialogar com os princípios constitucionais do SUS e com a necessidade de consolidar práticas mais equitativas e eficientes de atenção à saúde, alinhadas ao contexto epidemiológico e demográfico contemporâneo.

Assim, o presente estudo justifica-se pela relevância científica, social e prática de compreender as desigualdades na oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade em Pernambuco, fornecendo elementos que possam apoiar a formulação de políticas públicas mais efetivas e a construção de um sistema de saúde verdadeiramente universal, integral e regionalizado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal não invasivo de caráter quantitativo, cujo recorte temporal corresponde ao ano de 2024. As informações analisadas referem-se à assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, obtidas a partir de dados secundários provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Esses registros têm como base os formulários de Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC) e de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), respectivamente, processados pelo Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)[10].

O estudo abrange os 184 municípios do Estado de Pernambuco, situado na região centro-leste do Nordeste brasileiro, com área territorial de 98.938 km² e 748 km de extensão litorânea. A organização administrativa do território pernambucano voltada para a saúde estrutura-se em dois níveis. O primeiro compreende as doze Regiões de Saúde, compostas por municípios limítrofes que compartilham identidade cultural, econômica e social, bem como redes de comunicação e transporte, visando integrar o planejamento, a execução e a organização das ações e serviços de saúde.

O segundo nível corresponde às quatro Macrorregiões de Saúde, formadas pela agregação das Regiões de Saúde, com a finalidade de ofertar serviços de média e alta complexidade, cujo caráter tecnológico e especializado extrapola a capacidade resolutiva de uma única região[11].

De acordo com o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2020–2023, a I Macrorregião concentra uma população de 5.834.196 habitantes, dos quais aproximadamente 80,5% (4.495.281 habitantes) dependem do Sistema Único de Saúde[12]. A análise do perfil demográfico evidencia significativa heterogeneidade populacional entre as Regiões de Saúde, variando de 315.615 habitantes na XII Região a 4.284.238 habitantes na I Região, onde se localiza a capital, Recife, sede da macrorregião. Essa disparidade reflete-se também na distribuição dos procedimentos de média e alta complexidade, tanto no âmbito ambulatorial quanto hospitalar[11].

O levantamento dos dados referentes à assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade foi realizado por meio dos sistemas SIA e SIH. As informações foram organizadas por município, por Região de Saúde, por nível de complexidade e por grupo de procedimentos. A principal distinção metodológica entre os dois níveis de atenção refere-se ao critério de coleta: no nível hospitalar, foram consideradas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas, com gestão filtrada para estadual e estadual plena; no nível ambulatorial, utilizaram-se os procedimentos aprovados, com gestão filtrada para estado pleno e estado convencional. A amostra analisada corresponde a um total de 88.200.040 registros de procedimentos ambulatoriais e 447.100 AIH aprovadas no âmbito hospitalar

Os procedimentos de média e alta complexidade são aqueles definidos pelo Ministério da Saúde e classificados nos sistemas SIA e SIH sob a categoria "Complexidade". No nível ambulatorial, esses procedimentos englobam ações de promoção e prevenção em saúde, procedimentos diagnósticos, clínicos e cirúrgicos, além

de transplantes de órgãos, tecidos e células, bem como a dispensação de medicamentos especializados. No nível hospitalar, por sua vez, incluem procedimentos diagnósticos, clínicos, cirúrgicos e transplantes de órgãos, tecidos e células

Por trabalharmos exclusivamente com dados secundários, publicados por órgão públicos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisas.

Este trabalho, desenvolvido no âmbito do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal de Pernambuco, permitiu analisar e discutir os dados apresentados à luz da literatura científica vigente, contribuindo para a ampliação do conhecimento acerca da temática estudada.

RESULTADOS

No ano de 2024, foram aprovadas 447.100 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) para a realização de procedimentos hospitalares de média e alta complexidade no Estado de Pernambuco. Dentre esses, destacam-se os procedimentos clínicos de média complexidade, que, isoladamente, corresponderam a aproximadamente 53% do total. Observa-se, entretanto, elevada concentração desses atendimentos na I GERES (Recife), responsável por 68,5% do total, enquanto as demais onze Regiões de Saúde dividiram os 31,5% restantes. Quando analisados por macrorregião, a concentração mostra-se ainda mais acentuada: a Macrorregião I, composta pelas GERES de Recife, Limoeiro, Palmares e Goiana, respondeu por cerca de 73% dos procedimentos hospitalares aprovados.

No nível ambulatorial, constatou-se o mesmo padrão de desigualdade na distribuição. Foram registrados 88.200.040 procedimentos de média e alta complexidade, dos quais 86% estavam concentrados na I GERES (Recife). Ainda assim, a análise evidenciou equilíbrio interno entre os tipos de procedimento, com aproximadamente 50% classificados como média complexidade e 50% como alta complexidade.

Figura 1. Distribuição dos procedimentos hospitalares por região de saúde em Pernambuco no ano de 2024.

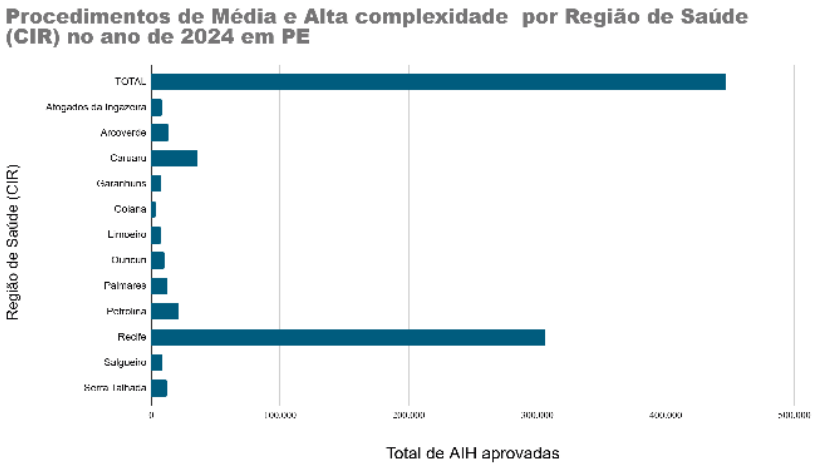
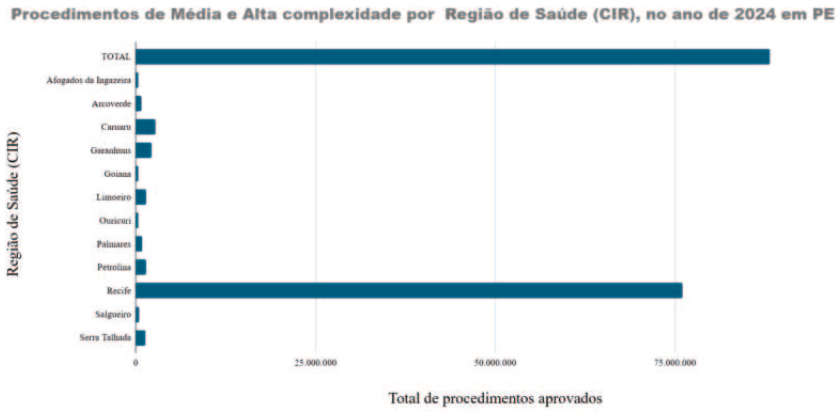


Figura 2. Distribuição dos procedimentos ambulatoriais por região de saúde em Pernambuco no ano de 2024.



Comparação entre as Macrorregiões de Saúde:

Em um contexto de análise da estrutura de saúde estadual, as macrorregiões de saúde são formadas pelo agrupamento estratégico das respectivas regiões de saúde. No total, o estado de Pernambuco é segmentado em quatro macrorregiões, cada uma com sua composição geográfica e administrativa:

- Macrorregião 1 – Metropolitana: composta pelas Regiões de Saúde I (Recife), II (Limoeiro), III (Palmares) e XII (Goiana)
- Macrorregião 2 – Agreste: composta pelas Regiões de Saúde IV (Caruru) e V (Garanhuns).
- Macrorregião 3 – Sertão: composta pelas Regiões de Saúde VI (Arcoverde), X (Afogados da Ingazeira) e XI (Serra Talhada).
- Macrorregião 4 – Vale do São Francisco e Araripe: composta pelas Regiões de Saúde VII (Salgueiro), VIII (Petrolina) e IX (Ouricuri)

1) Sertão

A Macrorregião 3, Sertão, registrou 13.135 atendimentos de média complexidade em Arcoverde, 8.311 em Afogados da Ingazeira e 12.290 em Serra Talhada, totalizando 33.736 atendimentos, correspondentes a 8,8% da média complexidade estadual. Na alta complexidade, Arcoverde realizou 395 procedimentos, Serra Talhada 40, enquanto Afogados da Ingazeira não registrou atendimentos, totalizando 435 procedimentos, equivalente a apenas 0,7% da alta complexidade do estado. Esses dados evidenciam a dependência do Sertão em relação a outras regiões, sobretudo à Metropolitana, para procedimentos especializados.

Em relação aos procedimentos ambulatoriais a macrorregião 03, apresenta participação mais reduzida. Afogados da Ingazeira registrou 390.046 procedimentos de média complexidade e 4.148 de alta complexidade, totalizando 394.194 atendimentos. Arcoverde realizou 666.574 procedimentos de média complexidade e 66.812 de alta complexidade, totalizando 733.386 atendimentos. Serra Talhada registrou 1.266.897 procedimentos de média complexidade e 29.994 de alta complexidade, somando 1.296.891 atendimentos. No total, a macrorregião representa cerca de 4,3% da média complexidade e 0,3% da alta complexidade do estado, evidenciando forte dependência das regiões mais centrais para procedimentos especializados.

2) Vale do São Francisco e Araripe:

Em relação aos procedimentos hospitalares a Macrorregião 4, Vale do São Francisco e Araripe, apresentou 19.327 atendimentos de média complexidade em Petrolina, 10.205 em Ouricuri e 8.418 em Salgueiro, totalizando 37.950 atendimentos, o que corresponde a 9,9% da média complexidade estadual. Quanto à alta complexidade, Petrolina realizou 2.358 procedimentos, Ouricuri e Salgueiro apenas 4 cada, totalizando 2.366 atendimentos, correspondentes a 3,7% da alta complexidade estadual.

Já a nível ambulatorial, Vale do São Francisco e Araripe, apresentou 1.341.520 procedimentos de média complexidade e 56.766 de alta complexidade em Petrolina, totalizando 1.398.286 atendimentos. Ouricuri registrou 275.466 procedimentos de média complexidade e 36.887 de alta complexidade, somando 312.353 atendimentos. Salgueiro realizou 454.984 procedimentos de média complexidade e 24.771 de alta complexidade, totalizando 479.755 atendimentos. No conjunto, essa macrorregião representa cerca de 4,7% da média complexidade e 0,3% da alta complexidade estadual.

3) Agreste

A nível hospitalar, a Macrorregião 2, apresenta menor concentração de atendimentos. Na média complexidade, Caruaru realizou 32.856 procedimentos e Garanhuns 7.312, totalizando 40.168 atendimentos, o que representa 10,5% do total estadual. Na alta complexidade, Caruaru realizou 2.841 procedimentos e Garanhuns 397, totalizando 3.238 atendimentos, correspondentes a 5,0% da alta complexidade estadual. Caruaru se destaca como principal polo da região, embora sua participação seja significativamente menor do que a da Metropolitana.

Em relação aos níveis ambulatoriais , apresenta menor participação. Caruaru registrou 2.507.613 procedimentos de média complexidade e 194.650 de alta complexidade, totalizando

2.702.263 atendimentos, enquanto Garanhuns realizou 2.110.237 procedimentos de média complexidade e 73.757 de alta complexidade, totalizando 2.183.994 atendimentos. No conjunto da macrorregião, isso corresponde a aproximadamente 10,5% da média complexidade e 3,7% da alta complexidade estadual, indicando que, embora Caruaru e Garanhuns desempenhem papel relevante na região, ainda estão muito abaixo da concentração da Metropolitana.

4) Metropolitana

A Macrorregião 1, Metropolitana, composta pelas Regiões de Saúde de Recife, Limoeiro, Palmares e Goiana, concentra a maior parte dos atendimentos hospitalares de média e alta complexidade do estado de Pernambuco. Em média complexidade, Recife realizou 247.886 procedimentos, Limoeiro 7.729, Palmares 12.251 e Goiana 2.946, totalizando 270.812 atendimentos, o que corresponde a 70,7% da média complexidade estadual. Quanto à alta complexidade, Recife realizou 58.393 procedimentos, Limoeiro apenas 2, enquanto Palmares e Goiana não registraram atendimentos nesse nível, totalizando 58.395 procedimentos, correspondentes a 90,6% da alta complexidade do estado. Esses dados indicam uma forte centralização de serviços especializados na Região Metropolitana, principalmente em Recife.

Esse cenário se repete a nível ambulatorial. A GERES de Recife registrou 33.277.142 procedimentos de média complexidade e 42.741.079 de alta complexidade, totalizando 76.018.561 procedimentos, correspondendo a 74,3% da média complexidade estadual e 98,2% da alta complexidade. Já a GERES de Limoeiro registrou 1.293.821 procedimentos de média complexidade e 107.060 de alta complexidade, totalizando 1.400.881 atendimentos. Goiana realizou 383.853 procedimentos de média complexidade e 1.951 de alta complexidade, somando 385.804 atendimentos. Palmares registrou 837.439 procedimentos de média complexidade e 56.233 de alta complexidade, totalizando 893.672 atendimentos. Consi-

derando todas as regiões da macrorregião, esta concentra cerca de 76,0% da média complexidade e 98,5% da alta complexidade do estado.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam a persistência de importantes desigualdades territoriais na oferta de procedimentos hospitalares de média e alta complexidade em Pernambuco, indicando que o processo de regionalização da assistência ainda enfrenta desafios para garantir acesso equitativo aos serviços especializados. A concentração da assistência em poucos polos regionais, especialmente na Região Metropolitana do Recife, sugere a manutenção de uma estrutura assistencial fortemente centralizada para a provisão de cuidados de maior densidade tecnológica.

Embora a concentração de determinados serviços de alta complexidade seja esperada em sistemas regionalizados, em razão da necessidade de escala assistencial, tecnologia avançada e equipes altamente especializadas, a magnitude observada indica uma dependência significativa das regiões interioranas em relação à capital. Como consequência, persistem barreiras geográficas e organizacionais que podem comprometer a integralidade do cuidado, aumentar o tempo de espera para atendimento e gerar custos adicionais para usuários e gestores do sistema.

Tais resultados corroboram os achados de Guerra et al.[13], que identificaram elevada dependência macrorregional para internações de média e alta complexidade em diferentes regiões brasileiras, refletindo desigualdades estruturais persistentes na organização da rede de atenção à saúde. Entretanto, mais do que reproduzir um padrão observado nacionalmente, os resultados sugerem que a regionalização em Pernambuco tem enfrentado dificuldades para promover a desconcentração efetiva da capacidade assistencial especializada. Embora a definição de regiões e macrorregiões de saúde tenha contribuído para organizar fluxos assistenciais e responsabilidades sanitárias, a permanência da concentração

dos procedimentos em poucos polos indica que a expansão da infraestrutura, dos recursos tecnológicos e da força de trabalho especializada nas regiões interioranas ocorreu de forma insuficiente para reduzir a dependência em relação à capital.

Essa interpretação é consistente com os achados de Lemos[14], que já apontavam a concentração dos serviços de alta complexidade na região metropolitana e a necessidade de deslocamentos frequentes da população para obtenção de cuidados especializados14-16.A persistência desse cenário ao longo do tempo sugere que os avanços na regionalização não foram acompanhados, na mesma intensidade, pelo fortalecimento da capacidade instalada das regiões de saúde. Em âmbito nacional, Santos et al.[15] destacam que a distribuição desigual de leitos e procedimentos hospitalares reflete fragilidades históricas da regionalização, enquanto Carvalho et al.[16] apontam que a alocação dos recursos destinados à média e alta complexidade permanece concentrada em capitais e polos assistenciais consolidados.

Vale salientar que, além das repercussões sobre o acesso da população, a centralização da assistência especializada produz impactos relevantes na organização da rede de atenção à saúde, uma vez que a sobrecarga dos serviços localizados na capital pode comprometer a eficiência da regulação assistencial, dificultar a coordenação do cuidado entre os diferentes níveis de atenção e ampliar as desigualdades entre os territórios . Nesse contexto, a regionalização deve ser compreendida não apenas como uma estratégia de distribuição geográfica dos serviços, mas como um processo de fortalecimento das capacidades locais de gestão, planejamento e provisão de cuidados especializados, articulado aos princípios de integralidade e equidade do SUS.

Dessa forma, os resultados reforçam, portanto, a necessidade de políticas voltadas ao fortalecimento da infraestrutura assistencial das macrorregiões interioranas, à ampliação da oferta de serviços especializados estratégicos e ao aprimoramento dos mecanismos de regulação e integração da rede. Tais medidas podem contribuir para a redução da dependência assistencial em relação

à capital, promover maior resolutividade regional e favorecer uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde no estado.

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A utilização de dados secundários provenientes dos sistemas SIA e SIH/DATASUS está sujeita a possíveis inconsistências de registro e limitações inerentes aos bancos de dados administrativos[17,18]. Além disso, não foram avaliados fatores como disponibilidade de recursos humanos, capacidade instalada dos serviços e características socioeconômicas dos territórios, que podem influenciar a distribuição da assistência especializada. Estudos futuros que incorporem esses aspectos, bem como análises de séries temporais e avaliações do impacto de políticas públicas, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e os mecanismos de regulação assistencial, poderão contribuir para o monitoramento da regionalização e para o desenvolvimento de estratégias voltadas à redução das desigualdades territoriais em saúde[19,20].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade no Estado de Pernambuco evidencia a complexidade da organização e distribuição dos serviços de saúde no território. A utilização de dados secundários do SIA e do SIH, processados pelo DATASUS, permitiu observar não apenas o volume expressivo de procedimentos realizados, mas também as disparidades existentes entre as regiões de saúde e macrorregiões, sobretudo quando comparadas às áreas de menor densidade populacional com aquelas que concentram a maior parte da demanda, como a I Região de Saúde, onde está inserida a capital, Recife. Os resultados apontam que, embora o estado disponha de um arcabouço normativo e institucional voltado à regionalização da assistência, as desigualdades demográficas e a concentração da oferta de serviços especializados em grandes centros urbanos ainda configuram obstáculos à efetivação da integralidade e da equidade no cuidado. Tal cenário reforça a necessidade de aprimorar os mecanismos de

regulação, planejamento e monitoramento, de modo a garantir que os serviços de maior densidade tecnológica sejam acessíveis de forma mais equilibrada entre as regiões.Assim, o estudo corrobora a importância da regionalização como estratégia fundamental para a consolidação do SUS em Pernambuco. O fortalecimento das redes regionais de atenção à saúde, aliado a políticas públicas que contemplem tanto a ampliação quanto a racionalização da oferta de serviços, mostra-se essencial para otimizar recursos e assegurar maior equidade no acesso às ações e procedimentos de média e alta complexidade.

REFERÊNCIAS

1. Macêdo D F. Importância do sistema único de saúde brasileiro para o enfrentamento de emergências de Saúde Pública. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. 2020;17(2):13–21, 25.
2. Moreira L MC, Ferré F, Andrade EIG. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22(4);12456. doi : 10.1590/1413-81232017224.28252016
3. Paula 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. Ciencia & Saude Coletiva. 2024;29(1).
4. Conselho Nacional de Secretários De Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. 1a. ed. Brasília, 2007, p. 19–20. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf
5. Mendes EV. Os Grandes Dilemas do SUS. Coleção Saúde Coletiva, Editora Casa da Saúde, 2001.Disponível em : https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-9459
6. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020–2023. Recife: SES-PE, 2019.
7. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Complexo Regulador (página institucional sobre centrais de regulação e CMCE). Recife: SES-PE, 2024–2025. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/complexo-regulador/?utm_source=chatgpt.com

8. Dubeux lS. Caracterização da oferta de serviços especializados no estado de Pernambuco: desafios da regionalização da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2009; 14(3);939-48.

9. Leite AC et al. Acesso aos serviços de atenção ao parto no interior de Pernambuco: desigualdades regionais e desafios da regionalização da atenção obstétrica. Revista de Saúde Pública. 2023;57:1–10, 2023. doi: 10.11606/s1518- 8787.2023057004335

10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

11. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado de Pernambuco. Recife: SES-PE, 2019.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativas populacionais e cobertura do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

13. Guerra D M, Louvison MCP, Chioro A, Viana ALD. Índice de Dependência Regional e Macrorregional: uma contribuição ao processo de regionalização do SUS. Saúde em Debate. 2023;47(138):431-43. doi: 10.1590/0103-1104-2023-1380.

14. Lemos RS. Regionalização da alta complexidade em saúde no estado de Pernambuco: oferta e alocação de recursos [dissertação]. Universidade Federal de Pernambuco: Recife. 2014.

15. Santos PPGV, Silva MT, Mendes AR. Desigualdades da oferta hospitalar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão integrativa. Saúde em Debate. 2022;46(135):17-33. doi: 10.1590/0103-1104-SDEB-2022-135017.

16. Carvalho GP, Silva FM, Azeredo CM, et al. Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais para média e alta complexidade. Cadernos de Saúde Pública. 2021;26(suppl 2):3409-21. doi: 10.1590/0102-311X00027821.

17. Viacava F et al. Avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro: um estudo comparativo entre as regiões. Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23(6):1737–50.

18. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

19. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20(supl. 2):S190-8.

20. Viana ALD, Lima LD, Ferreira MP. Descentralização e regionalização da saúde no Brasil: uma análise da trajetória do SUS. Ciência & Saúde Coletiva. 2019;24(6):2043-56.