

A REGIONALIZAÇÃO DOS EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NO ESTADO DE PERNAMBUCO NOS ANOS DE 2008 E 2012

RESUMO

A universalização do acesso aos serviços de saúde reforça o desafio de garantir à população a assistência de média e de alta complexidade, devido a diversas dificuldades, em especial à enorme concentração desses serviços em poucos municípios, além da completa inexistência de determinados serviços de alta complexidade em diversas regiões. Nesse sentido, o presente artigo tem como objetivo analisar o processo de Regionalização de exames de alta complexidade – Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética – no estado de Pernambuco, nos anos de 2008 e 2012. Foi realizado um estudo ecológico, descritivo, utilizando fontes de dados secundários provenientes dos sistemas de informação em saúde de base nacional. Constatou-se um aumento da oferta de exames de tomografia computadorizada e ressonância magnética nos municípios do interior do estado (148,7%) em comparação com a I Região de Saúde (62,9%) entre os anos de 2008 e 2012. Além disso, observou-se um aumento significativo ($p < 0,001$) na relação de exames/10.000 hab. em sete regiões de saúde do estado de PE, redução da invasão na I Região de Saúde e redução da evasão em outras regiões. Apesar das evidências, a oferta ainda não foi desconcentrada em algumas regiões, sendo necessário investimento da gestão estadual nessa ação.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Regionalização. Tomografia Computadorizada. Imagem por Ressonância Magnética.

THE REGIONALIZATION OF TOMOGRAPHY AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE STATE OF PERNAMBUCO IN 2008 AND 2012

ABSTRACT

The broadening access to health services reinforces the challenge of ensuring medium and high complexity support to the population, due to various difficulties, in particular the enormous concentration of these services in a few cities, and even the complete absence of certain services of high complexity in different regions. In this sense, this article aims to analyze the process of regionalization of high complexity exams – Tomography and Magnetic Resonance Imaging - in the state of Pernambuco in 2008 and 2012. An ecological descriptive study was conducted using secondary data sources from information systems in health national basis. One has found out an increased supply of CT scans and magnetic resonance imaging in towns of the state (148.7%) compared to 1st Health Region (62.9%) from 2008 to 2012. In addition, one has observed a significant ($p < 0.001$) concerning to examinations/10.000hab in seven health regions in the state of PE, reduced invasion in 1st Health Region and reduced dropout rates in other regions. In spite of the evidence, the offer has not been devolved in some regions, requiring investment of the State government in this action.

Key-Words: Unified Health System. Regional Health Planning. Tomography. Magnetic Resonance Imaging.

Fernando Castim Pimentel¹
Luciana Venâncio Santos Souza²
Ricardo Ernestino da Silva³
Juliana Leão Pontes⁴

¹ Doutor em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, Brasil
Professor pela Faculdade Integrada de Pernambuco, FACIPE, Brasil
E-mail: nandocastim@yahoo.com.br

² Mestre em Saúde Coletiva pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, Brasil
Superintendente de Regionalização da Saúde
E-mail: luvenancioss@gmail.com

³ Especialista em Gestão de Serviços de Saúde
Diretor de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
E-mail: ricardoernest@gmail.com

⁴ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Brasil
Gerente de Informações Assistenciais
E-mail: juju_pontes@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A universalidade de acesso aos serviços de saúde, assim como a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade (Lei nº 8.080, 1990), reforçam o desafio de garantir o atendimento à população por meio da expansão da atenção primária em saúde e, ao mesmo tempo, implantar redes de atenção que possam dar conta das necessidades de atendimento nos demais níveis de atenção (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011).

Frete às dificuldades de acesso à assistência de média e de alta complexidade, em especial à enorme concentração desses serviços em poucos municípios, e mesmo a completa inexistência de determinados serviços de alta complexidade em diversas regiões (Souza, 2001), a regionalização foi apontada como caminho para superação dessas situações. Em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/01) define a regionalização como macroestratégia, devendo contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar redes articuladas de atenção à saúde, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários aos serviços de saúde (Portaria nº 95, 2001), inclusive à média e alta complexidade.

No Pacto pela Saúde 2006, a regionalização é o eixo estruturante de uma de suas três dimensões – o Pacto de Gestão do SUS –, devendo, portanto, orientar o processo de identificação e construção de Regiões de Saúde. Destaca-se o fato de que, em estados com maior adensamento tecnológico, todo planejamento regional deve considerar parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso (Ministério da Saúde, 2006).

Ao se discutir “níveis de complexidade” em saúde, faz-se necessário definir alguns termos que são foco do estudo, uma vez que o entendimento quanto à complexidade da assistência nem sempre conflui para um conceito único. A alta complexidade em saúde corresponde a um conjunto de procedimentos que, no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (Ministério da Saúde, 2009). Muitas vezes, a atenção de alta complexidade é vista de forma fragmentada pelos gestores como um conjunto de procedimentos relacionados nas tradicionais “tabelas de procedimentos do sistema”, ambulatorial ou hospitalar, selecionados por exclusão, isto é, são os

procedimentos que “não cabem” nas unidades básicas de saúde e na atenção primária em saúde, pelos custos ou densidade tecnológica envolvida (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011).

Dentre esses procedimentos de alta complexidade destacam-se, pela sua oferta/demanda e pela sua escassez em muitas regiões, a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM). A tomografia é um exame de Raios X por computador, bem mais completo que a radiografia tradicional. Os tomógrafos computadorizados geram diversas imagens sequenciais da região do corpo a ser examinada, incluindo coluna cervical, dorsal, lombar, de crânio, tórax, abdômen superior, face ou seios da face, mastoides ou ouvidos, pelve, pescoço, segmentos e articulações. A ressonância magnética é uma tecnologia de diagnóstico por imagem que utiliza um potente magneto e ondas de radiofrequência para produzir fotos ou “imagens” de estruturas e órgãos internos. No SUS, ambos os procedimentos são controlados por meio de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC, sendo financiados com recursos do limite financeiro de Média e Alta Complexidade – MAC de cada estado (Vianna, Nunes, Góes, Silva, & Santos, 2005).

Em Pernambuco, o processo de descentralização e a proposição de organização da rede de atenção por níveis de complexidade resultaram na elaboração do Plano Diretor de Regionalização discutido e produzido entre os anos de 2001 e 2002, em conformidade às disposições da NOAS – SUS 01/01. A falta de monitoramento do PDR, entre outros aspectos, fez com que o plano não mais refletisse a realidade da rede de saúde no Estado e, conseqüentemente, não oferecesse condições de orientar a conformação de uma verdadeira rede assistencial, resultando no deslocamento desordenado de pacientes para os grandes centros urbanos do Estado, sobretudo a capital, à procura de atendimento especializado e ações/serviços de maior densidade tecnológica (Plano Estadual de Saúde de Pernambuco, 2012). Assim, havia baixa regulação do acesso aos procedimentos de alta complexidade com portas de entrada, na maioria dos casos, próprias do prestador de serviços contratado.

Vale ressaltar que, desde a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), foi criado um instrumento para organizar a rede de serviços do SUS: a Programação Pactuada e Integrada (PPI). A PPI, instituída em Pernambuco por meio da Resolução CIB/PE nº 963 de 21/11/2005, apresenta como uma de suas finalidades o direcionamento da alocação de recursos considerando os remanejamentos necessários, em virtude dos encaminhamentos previstos para a garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Nesse sentido, a instituição da Portaria nº 204 de 29/01/2007, que regulamenta a transferência de recursos federais com a criação dos blocos de financiamento, representa um avanço nesse processo, viabilizando ainda mais o acesso às ações e serviços de saúde.

No que se refere à alta complexidade, a partir de 2003 foi instituída no âmbito do SUS uma nova política que tem sido estruturada, nos últimos anos, por meio da constituição de redes estaduais de alta complexidade, planejadas a partir de parâmetros e necessidades populacionais, com adscrição de clientela, que estão permitindo a reorganização da oferta e a instituição de serviços de referência (Solla & Chioro, 2008).

De acordo com Pursai (2004, p. 71), para garantir o acesso aos cuidados especializados é preciso “melhorar a regulação, garantindo fluxos adequados a todos os níveis de complexidade tecnológica de serviços”. Assim, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco implantou, em 2009, a Central Estadual de Regulação Ambulatorial, que tinha como responsabilidade regular procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e média complexidade especializada. Para isso, implantou um sistema informatizado – APACNET – utilizado apenas para autorização de exames, não contribuindo nas ações de regulação e conseqüentemente inviabilizando a descentralização para as regiões de saúde.

Diante desse entrave, ficou caracterizada a necessidade de se utilizar um sistema que atendesse às necessidades da Gestão. No mesmo ano, através de edital de pregão, foi adquirido o sistema informatizado de regulação CMCE (Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados), o qual possibilita o monitoramento de desempenho da rede, através do processo regulatório, a princípio centralizado na Gerência de Regulação Ambulatorial – GRAMB, localizada na I Região de Saúde e, posteriormente, descentralizada para outras regiões. Os relatórios disponibilizados pelo sistema ampliam as possibilidades de planejamento das ações em saúde e eliminam a possibilidade de grandes deslocamentos para realização dos procedimentos de tomografia computadorizada, ressonância magnética, dentre vários outros exames.

Assim, o conhecimento da regionalização dos exames de imagem de alta complexidade no estado de Pernambuco permite auxiliar na tomada de decisão da gestão estadual e orientar a regulação do acesso a esses serviços. Dessa forma, o estudo teve como objetivo analisar a Regionalização de exames de alta complexidade – Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética – no estado de Pernambuco nos anos de 2008 e 2012.

2 MÉTODO

Foi realizado um estudo ecológico, descritivo, utilizando fontes de dados secundários, provenientes de sistemas de informação em saúde de base nacional.

A população de estudo foi constituída pelo universo dos exames de Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética realizadas no estado de Pernambuco. Os dados referem-se aos anos de 2008 e 2012 e foram analisados com o intuito de observar o acesso da população das diversas Regiões do estado de PE à assistência de alta complexidade.

O Estado de Pernambuco concluiu o processo de Regionalização em Saúde em 19 de setembro de 2011, conformando-se em doze Regiões de Saúde, com sede nas seguintes cidades: 1ª Região – Recife; 2ª Região – Limoeiro; 3ª Região – Palmares; 4ª Região – Caruaru; 5ª Região – Garanhuns; 6ª Região – Arcoverde; 7ª Região – Salgueiro; 8ª Região – Petrolina; 9ª Região – Ouricuri; 10ª Região – Afogados da Ingazeira; 11ª Região – Serra Talhada e 12ª Região – Goiana (Plano Diretor de Regionalização do SUS/PE, 2011).

O Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS é utilizado em todos os níveis de gestão, constituindo-se em importante instrumento de informação sobre a rede de serviços e os procedimentos realizados pelos estabelecimentos de saúde. A consulta ao SIA/SUS permite um acompanhamento da produção ambulatorial e a construção de alguns indicadores quantitativos das ações desenvolvidas (Barros & Chaves, 2003).

Os procedimentos coletados no SIA/SUS referentes à produção de Alta Complexidade foram agrupados nas seguintes “Formas de Organização”, subdivisão da tabela SUS: 020601 – Tomografia da cabeça, pescoço e coluna vertebral; 020602 – Tomografia do tórax e membros superiores; 020603 – Tomografia do abdômen, pelve e membros inferiores; 020701 – RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral; 020702 – RM do tórax e membros superiores; 020703 – RM do abdômen, pelve e membros inferiores. Vale ressaltar que os procedimentos coletados referem-se àqueles produzidos pela Gestão Estadual.

Além do SIA/SUS, também foram necessários dados sobre a população presente nos municípios nos anos estudados, obtidos através do site do DATASUS, correspondendo a projeções intercensitárias realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Posteriormente à coleta dos dados foi calculado o indicador da *relação de exames de alta complexidade para 10.000 habitantes*, obtido pela divisão do quantitativo de exames de alta complexidade realizados, por município de

residência, pela população residente de cada município e multiplicado por 10.000. Foram calculados os indicadores de cada município do estado de Pernambuco, o que permitiu analisar a situação das Regiões de Saúde do estado.

Foram elaborados mapas, através do programa Tabwin versão 3.2, referentes a cada ano de estudo. Os parâmetros para classificação do indicador nos mapas foram criados a partir de quartis, referentes aos anos de 2008 e 2012.

Outra análise realizada foi o comparativo dos indicadores por Região de Saúde entre os anos de 2008 e 2012. Para isso, foi realizada a análise dos dados pelo programa Epi Info versão 3.5.1, utilizando-se, inicialmente, o teste de bartlett para verificar a normalidade, e seu resultado orientou a utilização do teste paramétrico ANOVA ou o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, a fim de verificar diferenças entre as médias dos indicadores nos anos de 2008 e 2012.

Vale ressaltar a importância da coleta dos dados por município de residência do paciente, pois, além de permitir a construção de indicadores de acesso da população aos exames de TC e RM, permite verificar o fluxo dos pacientes para a realização dos mesmos, especificamente os percentuais de evasão de cada Região de Saúde do estado.

Os resultados obtidos foram representados em planilhas eletrônicas do software Microsoft Excel (Windows).

3 RESULTADOS

No ano de 2008, os exames de alta complexidade eram disponibilizados em 5 municípios do estado de PE, sendo eles: Araripina, Arcoverde, Carpina, Caruaru e Recife. Ao longo dos anos, ocorreu uma ampliação dessa oferta, passando a ser realizados em 10 municípios no ano de 2012: Afogados da Ingazeira, Araripina, Cabo de Santo Agostinho, Carpina, Caruaru, Garanhuns, Palmares, Paulista, Recife e Salgueiro.

Destaca-se que os dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) revelam uma ampliação de equipamentos para a realização de tais exames, principalmente na rede pública de saúde, com a aquisição no período de 7 tomógrafos em hospitais da rede estadual de saúde e contratação de 2 equipamentos de RNM na rede privada.

Para constatar o aumento da oferta de exames de TC e RM nos municípios do interior do estado, a tabela 1 mostra uma ampliação de 62,9% no quantitativo de exames realizados na Região Metropolitana entre os anos de 2008 e 2012, enquanto esse aumento nas demais Regiões correspondeu a 148,7%.

Tabela 1. Oferta de exames de alta complexidade: comparativo entre a I Região e demais Regiões de Pernambuco nos anos de 2008 e 2012.

Local de realização dos procedimentos de TC e RM	2008	2012	%
Exames realizados na I Região	67.191	109.458	62,9%
Exames realizados nas demais Regiões	11.807	29.367	148,7%

Fonte: elaborada pelos autores com base no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/DATASUS.

A fim de constatar o aumento do acesso da população aos serviços de TC e RM, refletido no aumento da oferta desses exames, realizou-se a análise de exames por 10.000 habitantes por Região de Saúde (tabela 2). Inicialmente, observou-se um aumento estatisticamente significativo ($p=0,000$) na oferta de exames/10.000 hab. do estado de PE,

passando de 53,4/10.000 hab. para 95,2/10.000 hab. Dentre as Regiões de Saúde, apresentaram aumento significativo na relação de exames/habitante as regiões II, IV, V, VII, IX, X e XII. As regiões I, III, VI e VIII não mostraram diferenças significativas e a região XI foi a única que apresentou diminuição significativa da oferta de exames.

Tabela 2. Relação de exames/10.000 hab. por Região de Saúde nos anos de 2008 e 2012

Região de Saúde	Nº de municípios	Relação exames/10.000 hab.		Teste de Homogeneidade (Bartlett)	P-value
		2008	2012		
I - Recife	20	101,2	117,9	0,000	0,715 K
II - Carpina	20	82,0	101,1	0,613	0,027 A
III - Palmares	22	51,2	70,2	0,013	0,001 K
IV - Caruaru	32	35,6	95,6	0,256	0,000 A
V - Garanhuns	21	35,9	134,9	0,000	0,000 K
VI - Arcoverde	13	44,1	65,8	0,047	0,209 K
VII - Salgueiro	7	48,7	111,3	0,167	0,034 A
VIII - Petrolina	7	6,6	11,6	0,171	0,154 A
IX - Araripina	11	39,8	86,6	0,006	0,001 K
X – Afogados da Ingazeira	12	29,9	146,7	0,001	0,000 K
XI - Serra Talhada	10	81,3	36,3	0,004	0,013 K
XII - Goiana	10	61,8	99,5	0,532	0,002 A
PERNAMBUCO	185	53,4	95,2	0,000	0,000 K

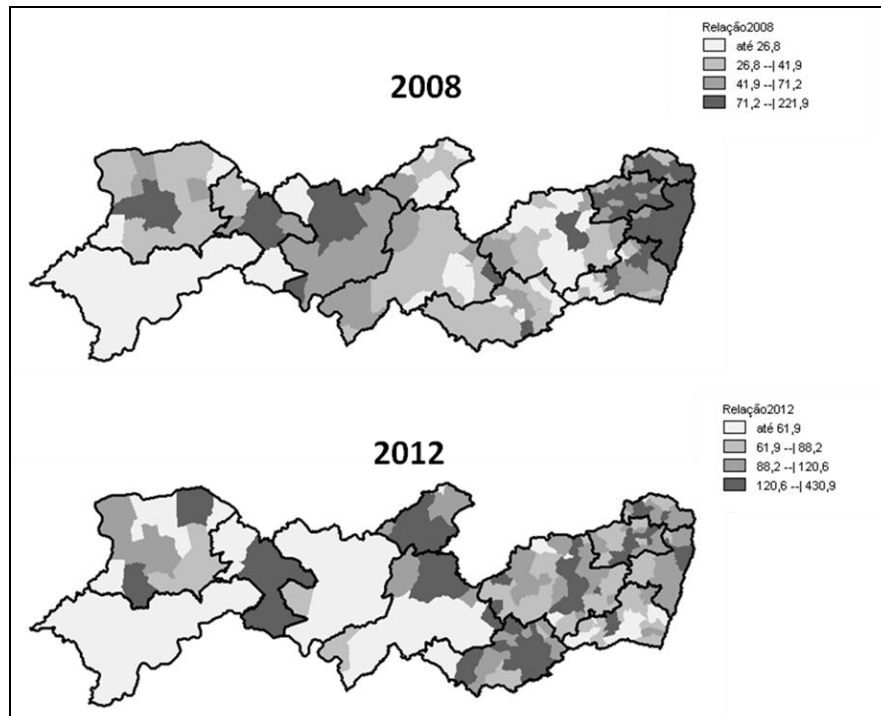
Fonte: elaborada pelos autores com base no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/DATASUS.

Legenda: A (teste estatístico ANOVA); K (teste estatístico Kruskal-Wallis).

A figura 1 mostra a distribuição dos municípios de Pernambuco por Região de Saúde. Entre os anos de 2008 e 2012 houve a expansão do acesso da população aos exames de TC e RM, observando-se uma maior distribuição dos exames no ano de 2012, principalmente no interior do estado.

Como houve um aumento nos intervalos de classificação de 2008 para 2012, devido ao aumento geral da média dos indicadores de exames/10.000 hab., alguns municípios aparentemente ficaram com uma tonalidade de cinza mais claro, não necessariamente demonstrando redução do indicador.

Figura 1. Classificação dos municípios de PE segundo indicador de exames/10.000 hab. nos anos de 2008 e 2012.



Fonte: elaborada pelos autores com base no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/DATASUS.

Para analisar o processo de Regionalização no estado de Pernambuco, além de constatar a redução da invasão na I Região, é importante verificar o percentual de evasão de cada Região de Saúde (tabela 3). Pode-se observar as Regiões que apresentaram maiores percentuais de redução de

evasão: IX (-86%) e X (-61%). Nas regiões II, V, III, IV e VII também foi observada redução da evasão. Entretanto, nas Regiões I e VI observou-se aumento da evasão e as Regiões VIII, XI e XII não apresentaram alteração.

Tabela 3. Percentual de evasão por Região de Saúde de PE nos anos de 2008 e 2012.

Região de Saúde	Evasão (%)		Dif % (2012/2008)
	2008	2012	
I - Recife	0,1	0,3	200%
II - Carpina	80,8	55,6	-31%
III - Palmares	100	94,1	-6%
IV - Caruaru	27,2	24,8	-9%
V - Garanhuns	100	73,9	-26%
VI - Arcoverde	82,3	100	22%
VII - Salgueiro	100	92,9	-7%
VIII - Petrolina *	100	100	0%
IX - Araripina	77,5	10,9	-86%
X - Afogados	100	38,8	-61%
XI - Serra Talhada	100	100	0%
XII - Goiana	100	100	0%

Fonte: elaborada pelos autores com base no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/DATASUS.

* Não há evasão, pois existe produção municipal (Petrolina) desses serviços, abrangendo toda a Regional de Saúde VIII.

4 DISCUSSÃO

O aumento na quantidade de procedimentos de tomografia computadorizada e ressonância magnética tem aumentado também o acesso da população a esses serviços de alta complexidade, principalmente no interior do estado. O padrão de crescimento observado no estado de Pernambuco mostra uma desconcentração desses exames da I Região de Saúde entre os anos de 2008 e 2012 e aumento do quantitativo realizado nas demais regiões.

Algumas referências atribuem o aumento dos procedimentos de alta complexidade ao fato de muitas regiões terem sido mais desassistidas antes da implantação do SUS e, com o aumento de cobertura na atenção primária, esses exames passaram a ser mais requeridos (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011). Autores como Santo e Tanaka (2011) relatam que o modelo assistencial ainda prevalente na atenção básica, baseado na demanda espontânea e no ato médico, é considerado como determinante para o aumento desses exames. Afirmam ainda que a forma de remuneração dos procedimentos de média e alta complexidade, que ainda obedece à lógica da produção, ao contrário dos procedimentos de atenção básica, exerce alguma pressão na contabilização desses procedimentos (Santo & Tanaka, 2011).

Outro fator determinante desse aumento foi evidenciado em documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS sobre assistência de média e alta complexidade no SUS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011), o qual afirma que, em muitos estados, esses procedimentos foram historicamente contratados/conveniados junto a serviços de saúde privados com fins lucrativos, filantrópicos ou universitários, conforme a oferta dos prestadores, e seu acesso para a população sempre dependeu da procura espontânea dos pacientes, o que dificulta o processo de regionalização da assistência, permanecendo ainda desigualdades do acesso em algumas regiões de saúde. Assim, os interesses privados acabam determinando o padrão de oferta para o sistema, pois, de uma maneira geral, os serviços públicos não possuem capacidade física instalada suficiente para suprir as necessidades de atenção especializada dos usuários do SUS (Solla & Chioro, 2008).

Mendes (2001) afirma que muitos municípios tentaram construir sistemas de saúde autônomos, expandindo a rede municipal sem articulação regional e sem observar a necessária economia de escala, resultando em serviços de saúde mal dimensionados para as necessidades da população. Dessa forma, é preciso conhecer melhor a oferta e a demanda dos serviços de saúde locais, na perspectiva de subsidiar a formulação das políticas

públicas (Pires, Göttems, Martins, Guilhem & Alves, 2010).

Devido à hegemônica concentração da oferta desses serviços nos grandes centros urbanos, há a necessidade do estabelecimento de ações coordenadas nos três níveis de governo, assim como mecanismos específicos de financiamento, de forma a promover sua redistribuição equitativa (Leite, Almeida, Carvalho, Coelho & Sardinha, 2003). Para esses autores, cabe ao gestor estadual a responsabilidade pela gestão da política de alta complexidade e sua regulação no âmbito estadual, mantendo vinculação com a política nacional, assim como afirma a Lei 8.080/90: “Às Secretarias Estaduais de Saúde é atribuída competência de acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS” (Art. 17, Inciso II). É atribuída também às Secretarias Estaduais “a identificação dos estabelecimentos hospitalares de referência, a gestão dos sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional” (Art. 17, Incisos IX e X).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de competência do gestor Estadual a responsabilidade pela coordenação do processo de regionalização, com conseqüente desconcentração da oferta dos serviços de saúde, em especial a política de alta complexidade e sua regulação no âmbito da sua unidade federativa.

No que se refere à oferta de exames de tomografia e ressonância magnética, foi verificada a efetivação do processo de regionalização no Estado de Pernambuco, com uma significativa desconcentração.

Ainda existem regiões de saúde em que a oferta de tomografia computadorizada e ressonância magnética não foi desconcentrada, sendo necessário investimento pela gestão estadual para tal ação.

REFERÊNCIAS

- Barros, S. G., & Chaves, S. C. L. (2003). A utilização do sistema de informações ambulatoriais como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 12(1), 41-51.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011). *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS. 223p.
- Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de set. 1990. p. 18.055.*
- Leite, J. M. S., Almeida, M. A. S., Carvalho, M. C. M. L., Coelho, S. M. F. C. B., & Sardinha, C. G. V. (2003). Situação dos serviços de saúde de alta complexidade no Estado do Maranhão no ano de 2002. *Revista do Hospital Universitário/UFMA*, 1(3), 106-115.
- Mendes, E. V. (2001). *Os Grandes Dilemas do SUS. Tomos I e II*. Salvador: Casa da Qualidade.
- Ministério da Saúde. (2006). *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. [Série Pactos pela Saúde, v. 3]* Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed.* Brasília: Ministério da Saúde.
- Pires, M. R. G. M., Göttems, L. B. D., Martins, C. M. F., Guilhem, D., & Alves, E. D. (2010). Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl.1), 1009-1019.
- Portaria no 95 de 26 de janeiro de 2001. (2001). *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. [Série A. Normas e Manuais Técnicos]. no 116.* Brasília.
- Pursai, O. J. (2004). O sistema de saúde no Brasil. In: Duncan, B. B., Schimidt, M. I., & Giugliani, E. R. J. (Orgs.) *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.

Santo, A. C. G. E., & Tanaka, O. Y. (2011). Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1875-1885.

Solla, J., & Chioro, A. (2008). Atenção Ambulatorial Especializada. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., & Carvalho, A. I. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 627-663.

Souza, R. R. (2001). A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 451-455.

Vianna, S. M., Nunes, A., Góes, G., Silva, J. R., & Santos, R. J. M. (2005). Ministério da Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. *Atenção de Alta Complexidade no SUS: Desigualdades no Acesso e no Financiamento*. Brasília, DF. Acessado em 10 jun. 2013. Disponível em:

<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Financiamento%20e%20Gasto%20P%C3%BAblico/AltCmpxAcss.pdf>.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização do SUS/PE. Recife, 2011.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Recife, 2012.