



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS**  
**DEPARTAMENTO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**FRANCISCO ELVIS FIRMINO DA FONSECA**

**AVALIAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE INCENTIVO HOSPITALAR (PEIH)**  
**COMO FERRAMENTA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ**

**FORTALEZA**

**2025**

FRANCISCO ELVIS FIRMINO DA FONSECA

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE INCENTIVO HOSPITALAR (PEIH)  
COMO FERRAMENTA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Políticas Públicas, Território e Cultura.

Orientadora: Profa. Dra. Lidiane Moura Lopes.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- F744a Fonseca, Francisco Elvis Firmino da.  
Avaliação da política estadual de incentivo hospitalar (PEIH) como ferramenta para a implementação de políticas públicas de saúde no estado do Ceará / Francisco Elvis Firmino da Fonseca. – 2026.  
95 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2026.  
Orientação: Profa. Dra. Lidiane Moura Lopes .
1. Política pública de saúde. 2. Regionalização. 3. Avaliação de políticas. 4. Sistema único de saúde. 5. Incentivo hospitalar. I. Título.

CDD 320.6

---

FRANCISCO ELVIS FIRMINO DA FONSECA

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE INCENTIVO HOSPITALAR (PEIH)  
COMO FERRAMENTA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Políticas Públicas, Território e Cultura.

Aprovada em: 30 / 07 /2025

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Lidiane Moura Lopes (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Adriana de Oliveira Alcântara  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Isaac Rodrigues Cunha  
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

A Deus, à minha família e amigos.

## AGRADECIMENTOS

Aos 33 anos, chegar até aqui é mais do que uma conquista acadêmica — é a celebração de uma jornada marcada pela fé, pelo esforço e pelo amor. Escrever esta dissertação representa não apenas o encerramento de um ciclo, mas o início de um novo capítulo: mais consciente, mais preparado e, acima de tudo, profundamente grato.

Agradeço primeiramente a Deus e à minha fé, que sempre me sustentou — especialmente pela intercessão de Nossa Senhora de Fátima, meu refúgio nos momentos difíceis.

Sou eternamente grato aos meus pais, verdadeiros exemplos de dignidade e entrega, e aos meus três irmãos, que são, desde sempre, meu alicerce, minha inspiração e os maiores incentivadores da minha caminhada. A eles, devo grande parte do que sou e do lugar onde cheguei.

Minha trajetória na saúde pública teve início na fisioterapia, profissão que me ensinou, desde cedo, o valor do cuidado com o outro. Atuei em diversos municípios, hospitais e serviços até chegar ao Estado, onde atualmente exerço a função de assessor especial na Secretaria da Saúde. Neste cargo, tenho a oportunidade de trabalhar com aquilo em que acredito: a defesa do SUS, o fortalecimento das políticas públicas e o compromisso com o bem coletivo.

Agradeço a todas as pessoas que cruzaram o meu caminho e deixaram sua marca: parentes, amigos, colegas de trabalho, aos Superintendentes da SESA que aceitaram participar da minha pesquisa e, de maneira especial, os colegas do Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP/UFC). Compartilhamos os desafios e os fardos desse percurso e, sem esse apoio coletivo, talvez eu não tivesse conseguido seguir.

À banca examinadora, Dra. Adriana Alcântara, que tive a honra de ter como professora durante o curso, e ao Dr. Isaac Rodrigues, que gentilmente aceitou compor esta banca, expressei minha sincera gratidão. De modo especial, agradeço à minha orientadora, Dra. Lidiane Lopes, cuja escuta atenta, incentivo e sensibilidade nos momentos decisivos foram fundamentais para que eu persistisse até a conclusão deste trabalho, com coragem e propósito.

Faço ainda uma menção especial à memória da Dra. Vera Coelho, que foi mais que uma colega de trabalho — foi uma mentora. No âmbito da SESA, me ensinou muito sobre gestão pública e abriu meus olhos para a importância do financiamento da saúde. Sua partida não apagou sua luz, que continua a me guiar profissionalmente.

Escrever sobre a Política Estadual de Incentivo Hospitalar foi um privilégio. Mesmo

diante das dificuldades, esta pesquisa me fortaleceu, reafirmando minha identidade como entusiasta do SUS e defensor da avaliação como ferramenta de transformação.

Finalizo com uma frase de Paulo Coelho, em *O Alquimista*, que sintetiza meu sentimento durante esse processo: “Quando você quer alguma coisa, todo o universo conspira para que você realize o seu desejo.”

A todos e todas que, de alguma forma, estiveram ao meu lado — mesmo que não tenham sido citados aqui nominalmente — o meu muito obrigado. Cada palavra de apoio, cada gesto de carinho, cada oração e cada escuta foram fundamentais para que este trabalho acontecesse.

Levo comigo o sentimento mais genuíno que posso expressar neste momento: gratidão.

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca.”

Paulo Freire, *Pedagogia da Esperança*



## RESUMO

A Política Estadual de Incentivo Hospitalar (PEIH), instituída no Ceará em 2021, surge como uma estratégia para fortalecer a organização da assistência hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu foco está na regionalização, na descentralização e na ampliação do acesso aos serviços de média e alta complexidade, buscando reduzir as desigualdades entre as regiões e qualificar a gestão dos hospitais que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Esta dissertação tem como objetivo avaliar a PEIH no Ceará, considerando seu papel no acesso aos serviços hospitalares que integram as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e buscando contribuir para a melhoria da eficiência e dos resultados sanitários. Especificamente, propõe-se a analisar o processo de regionalização e descentralização dos serviços hospitalares de média e alta complexidade, compreender o fluxo de acesso assistencial a partir da interação entre Estado e sociedade civil, examinar a integração dos hospitais como pontos estratégicos das RAS e avaliar a transparência na divulgação dos resultados dos serviços prestados pelas unidades hospitalares no estado. O estudo foi conduzido com abordagem qualitativa, utilizando análise documental e aplicação de questionário com os cinco Superintendentes Regionais de Saúde do Ceará. A pesquisa também analisou a trajetória histórica e normativa da atenção hospitalar no Brasil e no estado, com destaque para as políticas de regionalização e descentralização da gestão do SUS, que são fundamentais para entender o contexto da PEIH. Foram explorados aspectos como o processo de cofinanciamento estadual, o papel das comissões regionais de avaliação, o fluxo de acesso aos serviços e a transparência na divulgação dos resultados das unidades hospitalares. Os resultados revelaram avanços importantes, como a ampliação da assistência hospitalar nas regiões interioranas, garantindo que a população tenha acesso a consultas, exames e internações mais próximas do seu território. Além disso, a política contribuiu para fortalecer a articulação entre os hospitais de referência e as centrais de regulação, possibilitando um encaminhamento mais organizado dos pacientes. Contudo, foram identificados desafios relacionados ao monitoramento das metas e à dificuldade de acompanhamento dos dados de produção em tempo real, já que o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DataSUS) apresenta limitações quanto à tempestividade das informações. Isso impacta diretamente a capacidade dos gestores de avaliar os resultados e planejar ações corretivas de forma imediata. A pesquisa também destacou a necessidade de fortalecer a governança regional e a participação dos gestores municipais e da sociedade civil na condução da política. A implementação de instrumentos mais padronizados para monitoramento da PEIH foi apontada como uma medida fundamental para aprimorar a política e promover maior transparência e eficiência no uso dos

recursos públicos. Conclui-se que a PEIH tem papel estratégico na ampliação do acesso aos serviços hospitalares no interior do Ceará, no fortalecimento dos hospitais regionais e na integração das unidades às Redes de Atenção à Saúde. Os resultados indicam avanços importantes na regionalização do SUS e na organização do cuidado, mas também evidenciam desafios, como a necessidade de maior articulação entre gestores e agilidade na disponibilização dos dados para monitoramento. Recomenda-se o fortalecimento das Comissões Regionais de Avaliação e o uso de ferramentas tecnológicas para acompanhamento em tempo real, garantindo mais eficiência, transparência e equidade na gestão. Assim, a pesquisa contribui para o aprimoramento da PEIH e reforça a importância de políticas estaduais voltadas à redução das desigualdades e à qualificação da assistência hospitalar.

**Palavras-chave:** política pública de saúde; regionalização; avaliação de políticas; sistema único de saúde; incentivo hospitalar.

## ABSTRACT

The State Policy for Hospital Incentives (PEIH), established in Ceará in 2021, emerged as a strategy to strengthen the organization of hospital care within the Brazilian Unified Health System (SUS). Its focus is on regionalization, decentralization, and expanding access to medium- and high-complexity services, aiming to reduce regional inequalities and improve the management of hospitals that make up the Health Care Networks (RAS). This dissertation aims to evaluate the PEIH in Ceará, considering its role in providing access to hospital services within the RAS and seeking to contribute to improving efficiency and health outcomes. Specifically, it proposes to analyze the process of regionalization and decentralization of medium- and high-complexity hospital services, understand patient flow through the interaction between the State and civil society, examine the integration of hospitals as strategic points of the RAS, and assess transparency in the disclosure of hospital performance results across the state. The study was conducted using a qualitative approach, including document analysis and a questionnaire applied to the five Regional Health Superintendents of Ceará. It also reviewed the historical and regulatory trajectory of hospital care in Brazil and Ceará, highlighting regionalization and decentralization policies that are essential for understanding the PEIH's context. The research explored aspects such as state co-financing, the role of regional evaluation committees, patient flow to services, and transparency in disclosing hospital results. Findings revealed significant progress, such as the expansion of hospital care in the countryside, ensuring that the population has access to consultations, exams, and hospitalizations closer to their place of residence. Moreover, the policy has strengthened coordination between referral hospitals and regulation centers, enabling more organized patient referrals. However, challenges were identified regarding monitoring goals and difficulties in tracking real-time production data, as the Hospital Information System (SIH/DataSUS) presents limitations in the timeliness of information. This directly affects managers' ability to evaluate results and plan corrective actions promptly. The research also highlighted the need to strengthen regional governance and enhance the participation of municipal managers and civil society in guiding the policy. The implementation of more standardized monitoring tools for PEIH was pointed out as essential to improve the policy and promote greater transparency and efficiency in the use of public resources. It is concluded that PEIH plays a strategic role in expanding access to hospital services in the countryside of Ceará, strengthening regional hospitals, and integrating units into the Health Care Networks. The results indicate significant progress in SUS regionalization and care organization but also highlight challenges, such as the need for better coordination among

managers and faster availability of monitoring data. Strengthening the Regional Evaluation Committees and adopting technological tools for real-time monitoring are recommended to ensure greater efficiency, transparency, and equity in management. Thus, this research contributes to the improvement of PEIH and reinforces the importance of state-level policies aimed at reducing inequalities and improving the quality of hospital care.

**Keywords:** public health policy; regionalization; policy evaluation; unified health system; hospital incentives.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Regionalização da Saúde no Estado do Ceará .....	37
Figura 2 - Demarcação Regional das Superintendências de Saúde.....	39
Figura 3 - Nuvem de palavras dos participantes da pesquisa .....	60

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Configuração da Região de Saúde de Fortaleza, por ADS, municípios e população .....	42
Quadro 2 - Configuração da Região de Saúde do Sertão Central, por ADS, municípios e população.....	42
Quadro 3 - Configuração da Região de Saúde do Litoral Leste, por ADS, municípios e população.....	43
Quadro 4 - Configuração da Região de Saúde do Norte, por ADS, municípios e população .....	43
Quadro 5 - Configuração da Região de Saúde do Sul, por ADS, municípios e população .....	44

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Perfil dos participantes .....	62
--	----

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Divisão territorial por região de saúde .....	29
Tabela 2 - Distribuição das Unidades de Referências (Polos) contempladas na PEIH.....	54
Tabela 3 - Distribuição das Unidades de Referências (Estratégicos) contempladas na PEIH .	55



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADS	Áreas Descentralizadas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CANOAS	Câmara Técnica de Acompanhamento da Regionalização da Assistência do SUS
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Colegiado Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COADS	Coordenadoria de Área Descentralizada de Saúde
COASA	Coordenadoria de Atenção à Saúde
COGEC	Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado
COGERF	Comitê de Gestão por Resultados e Gestão Fiscal
COPROM	Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde
CORAC	Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
DF	Distrito Federal
DOE	Diário Oficial do Estado do Ceará
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNDES	Fundo Estadual de Saúde
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IJF	Instituto Dr. José Frota
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LC	Lei Complementar
LOA	Lei Orçamentária Anual
MAPP	Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleos Internos de Regulação
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PEIH	Política Estadual de Incentivo Hospitalar

PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SEADE	Secretaria Executiva de Atenção e Desenvolvimento Regional
SEAPS	Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SEVIG	Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SOPAI	Hospital Infantil Filantrópico
SRCEN	Superintendência da Região de Saúde do Sertão Central
SRFOR	Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza
SRLES	Superintendência da Região de Saúde do Litoral Leste
SRNOR	Superintendência da Região de Saúde de Sobral
SRSUL	Superintendência da Região de Saúde do Cariri
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
§	Parágrafo
\$	Reais

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>2</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1</b>	<b>Delineamento do estudo .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2</b>	<b>Cenário do estudo .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3</b>	<b>Fonte e coleta de dados .....</b>	<b>29</b>
<b>2.4</b>	<b>Aspectos éticos .....</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>ESTADO, SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS: BASES PARA A ANÁLISE .....</b>	<b>30</b>
<b>3.1</b>	<b>Evolução Histórica: Fática e Normativa do Sistema Único de Saúde .....</b>	<b>33</b>
<b>3.2</b>	<b>Regionalização da Saúde no Ceará .....</b>	<b>35</b>
<b>3.3</b>	<b>Acordos e Pactos entre as Instâncias de Gestão .....</b>	<b>45</b>
<b>3.4</b>	<b>Modelos de Financiamento do Sistema de Saúde .....</b>	<b>45</b>
<b>3.5</b>	<b>Política Estadual de Incentivo Hospitalar .....</b>	<b>48</b>
<b>3.6</b>	<b>Aperfeiçoamento Normativo da PEIH no Ceará .....</b>	<b>55</b>
<b>4</b>	<b>OS GESTORES DA POLÍTICA E SUAS NARRATIVAS: RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>59</b>
<b>4.1</b>	<b>A importância dos gestores estaduais na condução da política .....</b>	<b>59</b>
<b>4.2</b>	<b>Perfil profissional dos gestores estaduais .....</b>	<b>61</b>
<b>4.3</b>	<b>Impressões da pesquisa: percepções dos gestores .....</b>	<b>62</b>
4.3.1	Avaliação da implementação da PEIH nas regiões de saúde .....	62
4.3.2	Desafios na operacionalização da PEIH nas unidades hospitalares .....	63
4.3.3	Análise dos critérios de definição das metas de produção hospitalar .....	64
4.3.4	Estratégias de monitoramento e avaliação da produção hospitalar na PEIH ...	66
4.3.5	Comissão regional de avaliação da PEIH: frequência, atuação e contribuições práticas .....	67
4.3.6	Avanços na atenção hospitalar regional com a implementação da PEIH .....	68
4.3.7	A divisão de metas e recursos por população local e referenciada: contribuições para a organização da rede .....	69
4.3.8	Relação entre hospitais beneficiados pela PEIH e municípios não sede: pactuação e cumprimento de metas .....	71

4.3.9	Desafios na utilização dos dados do SIH para o planejamento e avaliação da PEIH .....	72
4.3.10	Propostas para o aprimoramento da execução e da efetividade da PEIH .....	73
4.4	<b>Síntese dos principais achados .....</b>	<b>75</b>
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>77</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>80</b>
	<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>87</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>88</b>
	<b>ANEXO A - RESOLUÇÃO N° 53/2021 - CESAU/CE .....</b>	<b>90</b>
	<b>ANEXO B - RESOLUÇÃO N° 40/2022 - CIB/CE.....</b>	<b>91</b>
	<b>ANEXO C - RESOLUÇÃO N° 91/2022 - CIB/CE.....</b>	<b>92</b>
	<b>ANEXO D - RESOLUÇÃO N° 107/2022 - CIB/CE.....</b>	<b>93</b>
	<b>ANEXO E - RESOLUÇÃO N° 82/2023 - CIB/CE.....</b>	<b>94</b>
	<b>ANEXO F - RESOLUÇÃO N° 191/2024 - CIB/CE .....</b>	<b>95</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde o início da minha trajetória profissional, estabeleci uma relação de identificação e compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim que concluí a graduação em Fisioterapia, ingressei diretamente na rede pública, atuando na atenção especializada. Essa experiência inicial despertou em mim uma paixão pelo cuidado em saúde, tanto no âmbito ambulatorial quanto hospitalar. Pouco tempo depois, fui convidado a assumir a gestão de um setor da Secretaria Municipal de Saúde de Redenção, no interior do Ceará, a cerca de 60 km de Fortaleza. Esse convite ampliou minha compreensão sobre a assistência em saúde e fortaleceu minha motivação em aprofundar o entendimento acerca da gestão pública e dos desafios do SUS em contextos regionais.

Em 2021, em meio às ondas da pandemia de Covid-19<sup>1</sup>, fui contratado pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) para atuar como Assessor Técnico de Atenção Especializada da Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Maracanaú. Essa função me proporcionou conhecimento técnico e experiência profissional que, ainda naquele mesmo ano, me credenciaram a integrar a estrutura central da Secretaria, passando a compor a Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza (SRFOR).

Na SRFOR, ocupei diferentes funções, até que, em 2022, ingressei no Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP), concomitantemente ao exercício do cargo de Coordenador de Regulação, Avaliação e Monitoramento. Posteriormente, fui nomeado Assessor Especial da SRFOR, onde permaneci até o primeiro semestre de 2025. Atualmente, desempenho a função de Assessor Especial na Secretaria Executiva Administrativo-Financeira (SEAFI).

Essa trajetória prática evidenciou para mim a complexidade do sistema de saúde e a relevância de formular políticas públicas capazes de integrar os diferentes níveis de atenção. No SUS, os hospitais configuram-se como pontos estratégicos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem considerar as características demográficas e epidemiológicas da população. Para tanto, é fundamental que se articulem ao modelo loco-regional das Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou

---

<sup>1</sup> De acordo com Souza (2020), a pandemia de COVID-19 pode ser entendida como a rápida disseminação mundial de uma nova doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, identificada inicialmente em Wuhan, na China, no final de 2019. Pela sua velocidade de propagação entre países e continentes, a Organização Mundial da Saúde declarou situação de emergência internacional em janeiro de 2020 e, em março do mesmo ano, classificou oficialmente como pandemia. Mais do que um problema de saúde, a COVID-19 provocou impactos profundos na vida das pessoas, afetando a economia, a organização social e as relações humanas em escala global, evidenciando que crises sanitárias estão ligadas também a fatores históricos, sociais e econômicos.

espontânea (Brasil, 2013).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), versada pela portaria nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de estabelecer as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde se aplica a todos hospitais públicos e privados que prestam serviços no âmbito do SUS da RAS (Brasil, 2013).

Conforme a PNHOSP, os hospitais são instituições complexas, de caráter multidisciplinar e que dentre as ações de cuidados abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento e reabilitação (Brasil, 2013).

No SUS, a assistência hospitalar foi estruturada para atender às necessidades da sociedade, com o objetivo de qualificar o atendimento aos usuários, especialmente por meio de equipes multiprofissionais que atuam na regulação e no cuidado ao acesso, visando aprimorar a qualidade da assistência. Esse modelo busca garantir resolutividade e organização integral, promovendo equidade e transparência de forma pactuada e contínua (Brasil, 2013).

Assim, a PNHOSP teve sua estruturação baseada nesta necessidade de reorganizar e qualificar a assistência hospitalar no SUS. Contudo, o modelo hospitalar se mostrou isolado e desarticulado das Políticas Públicas de Saúde, da RAS e de outros níveis de atenção (Brasil, 2013). Além disso, no Ceará, a governança da assistência hospitalar, conduzida pela Secretaria da Saúde, enfrenta desafios de fragmentação e falta de articulação, limitando o impacto de iniciativas transformadoras na gestão e na assistência.

Diante disso, se faz necessário uma política de Atenção Hospitalar que possibilite a transformação no modelo de assistência, com maior eficiência na gestão, no equilíbrio e transparência nos gastos, informações integradas, mecanismos de controle e avaliação e o fortalecimento conjunto de outras políticas de saúde em paralelo, que promovam a redução da hospitalização através, por exemplo, do Fortalecimento da Atenção Primária, com ênfase, ao cuidado às condições crônicas (controle hipertensão e diabetes), Política de Prevenção e Promoção à Saúde, Atenção Domiciliar/ desospitalização, entre outras.

No Brasil, a partir da década de 1980, quando o país passa por um intenso processo de redemocratização, a saúde ganha um notoriedade importante no que diz respeito ao seu entendimento como promoção de políticas de saúde. Destaca-se, neste momento, a relevância da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada entre 17 e 21 de março de 1986, que teve como eixo discursivo a temática “Democracia é Saúde”. O debate teve como característica pilar a luta pela descentralização do Sistema de Saúde, como também, a instituição de políticas públicas que abarcasse as necessidades dos sujeitos dentro de suas singularidades como base

do cuidado em saúde (Paim, 2008). A Política de Saúde, no Brasil, pode ser entendida como:

[...] um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (Brasil, 2018, p. 7).

Com isso, em nível nacional, se encontra circunscrito o comprometimento do Estado do Ceará com a expansão e aprimoramento das ações e serviços gestados no SUS. Essa intencionalidade em criar uma política de cunho regionalizado e descentralizado<sup>2</sup> no âmbito hospitalar, reforça a priorização que se tem buscado oferecer no que concerne a atenção a níveis setoriais de desenvolvimento de atividades de cuidado para com o ser humano em suas particularidades, isto é, a saúde não aparece como um conceito fechado em si, mas que se ramifica também a outros espaços da sociedade, tais como, territórios comunitários, escolas, praças pública e campos esportivos (Pinho; Olivdira; Silva, 2020).

Consoante a esse movimento, no Ceará houve a reestruturação do organograma da SESA, a partir da compreensão da necessidade de formular políticas integradas, alinhadas à realidade regional e capazes de coordenar o processo de formulação das Políticas de Saúde no âmbito estadual. Nesse contexto, identificou-se a importância de instituir uma Política de Incentivo Hospitalar, a qual foi incorporada como meta no Plano Estadual de Saúde (Ceará, 2020).

Atualmente, o Plano Estadual de Saúde do Ceará 2024–2027 orienta as principais ações e estratégias de saúde no estado. Desde 2019, essas políticas vêm sendo organizadas pela Secretaria Executiva de Políticas de Saúde, que, em seus primeiros quatro anos de atuação, elaborou seis políticas voltadas para diferentes áreas do cuidado. Entre elas, destaca-se a PEIH, criada com o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços hospitalares no âmbito das Regiões de Saúde, aproximando a assistência das necessidades locais (Ceará, 2023c).

Nessa perspectiva, a PEIH consolidou-se como um dos instrumentos adotados pelo Governo do Estado para o fortalecimento da Atenção Hospitalar, sendo pactuada de forma regionalizada e descentralizada, além de contribuir para a ampliação e a qualidade do acesso da

---

<sup>2</sup> Para Mello, Demarzo e Viana (2019), a regionalização e a descentralização no SUS são princípios que organizam a forma como a saúde é planejada e oferecida no Brasil. A descentralização significa dividir responsabilidades e recursos entre União, estados e municípios, aproximando as decisões das necessidades locais. Já a regionalização busca integrar os serviços de saúde em cada região, de modo que os municípios se organizem em redes, garantindo desde o atendimento básico até os serviços de maior complexidade. Juntas, essas estratégias permitem que o sistema funcione de forma mais justa e equilibrada, evitando a concentração de serviços em apenas alguns lugares e ampliando o acesso da população à saúde em diferentes territórios.



sociedade cearense aos serviços hospitalares ofertados pelo SUS no Ceará.

A nova PEIH foi instituída em 2021, por meio da Resolução nº 53/2021 do Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU/CE). A pactuação ocorreu para o período de novembro de 2021 a dezembro de 2023, tendo como objetivo principal o fortalecimento do SUS, em consonância com as diretrizes da Lei Estadual nº 17.006/2019. Nesse contexto, a concepção da PEIH resulta de discussões e prognósticos estratégicos relacionados às ações em saúde, buscando a melhoria da qualidade do acesso e dos serviços prestados à população cearense. A política visa promover uma atenção hospitalar descentralizada e regionalizada, reduzindo a concentração dos serviços de saúde na capital e ampliando o fortalecimento da rede hospitalar nos municípios do interior do Estado.

Considerando as mudanças e necessidades de atualizações, esta Política passou por atualizações dentro do período regulamentado vistas às necessidades *locus* regionais, apresentadas através do Colegiado Intergestores Bipartite (CIB/CE) e Conselho Estadual de Saúde. Atualmente a Política está em sua 4ª revisão aprovada em 2024 por instâncias de gestão e participação social (ANEXOS).

Este estudo se voltou, inicialmente, a explorar o planejamento estratégico<sup>3</sup> no contexto de uma política de incentivo financeiro na saúde. Para isso, foram destacados os principais aspectos relacionados ao desenvolvimento e à efetivação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que serviram de referência para a análise da Política Estadual de Incentivo Hospitalar (PEIH) no estado do Ceará.

Além disso, o estudo buscou analisar como ocorre a governança<sup>4</sup> e a eficiência do financiamento estadual voltado ao cofinanciamento do SUS, considerando a aplicação de recursos do tesouro estadual, a gestão compartilhada com os municípios e a participação da sociedade civil nesse processo. A intenção é contribuir para a construção de uma gestão mais responsável e transparente dos incentivos financeiros, de modo a atender as reais necessidades da população em cada região, sempre fundamentado em dados, estudos e evidências.

---

<sup>3</sup> Para Pereira *et al.* (2010), o planejamento estratégico é um processo que analisa de forma sistemática as forças e fraquezas da organização, assim como as oportunidades e ameaças do ambiente externo, para formular estratégias e ações que aumentem sua competitividade e capacidade de resolução.

<sup>4</sup> A governança em saúde pública é o conjunto de mecanismos e processos que envolvem governo, sociedade civil e setor privado na definição de prioridades, formulação de políticas e execução de ações em saúde. Baseia-se na transparência, responsabilidade, participação social e coordenação entre instituições, sendo essencial para fortalecer o SUS e melhorar os resultados em saúde. Segundo Fleury (2011), a governança em sistemas públicos de saúde exige um equilíbrio entre os diversos níveis de governo e a incorporação de mecanismos que favoreçam a gestão democrática, o controle social e a accountability. Nesse sentido, a construção de uma governança efetiva passa pela institucionalização de práticas colaborativas entre gestores, profissionais de saúde e usuários, promovendo maior integração das redes de atenção e aprimoramento da gestão regionalizada.

A decisão de avaliar a PEIH está diretamente ligada à minha vivência profissional na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. No cargo de coordenador da SRFOR, acompanhei de perto o fluxo de atendimento hospitalar e os mecanismos de regulação entre hospitais e demais serviços da rede de atenção à saúde. Atuei, ainda, no monitoramento da execução orçamentária e financeira dos contratos dos hospitais polos e de outras unidades da região, além de avaliar e divulgar os resultados dos serviços prestados em áreas prioritárias do cuidado. Essa experiência prática evidenciou a relevância de compreender não apenas como uma política pública é concebida na teoria, mas também como ela se materializa no cotidiano, especialmente quando se trata de uma política estadual inserida em um contexto de regulamentação e financiamento nacional.

Considero que esta pesquisa representa um achado inédito, uma vez que não identifiquei estudos equivalentes voltados à avaliação de uma política estadual de financiamento de serviços hospitalares em saúde. Observa-se ainda, que atualmente a literatura acadêmica disponível concentra-se, em sua maioria, na análise de políticas públicas voltadas para o contexto social mais amplo, enquanto são escassos os trabalhos direcionados ao monitoramento da efetividade de políticas específicas do âmbito hospitalar no SUS. Nesse sentido, este estudo preenche uma lacuna importante, ao propor uma reflexão sistematizada sobre os impactos de uma política estadual voltada ao financiamento hospitalar.

Carvalho, Cohen e Akerman (2017), apontaram que a Política de Saúde progride como uma estratégia de transformação para os modelos existentes de organização nos atuais serviços de saúde, donde abre espaços para discutir a realidade social num contexto de saúde pública para além de uma perspectiva patologista<sup>5</sup>, facultando o estabelecimento de uma vertente crítica, auxiliando na prevenção de doenças, bem como indo de encontro à superação das barreiras, meramente, conceituais.

Diante da importância do tema, é necessário padronizar um instrumento específico para o monitoramento da PEIH, que hoje ainda não existe. A iniciativa consiste em desenvolver um acompanhamento, com base nos dados extraídos do DataSUS, permitindo uma visão consolidada e em tempo real das internações hospitalares. Essa padronização auxiliaria na gestão, de forma contínua, o desempenho dos hospitais de referência. A ferramenta também facilita a identificação de padrões e tendências, permitindo agir rapidamente sempre que houver

---

<sup>5</sup> De acordo com Pereira *et al.* (2018), uma perspectiva patologista trata-se de uma visão que busca identificar as causas e efeitos das doenças, analisando estruturas e funções do corpo para oferecer diagnósticos e orientar o tratamento médico. Assim, essa perspectiva conecta a ciência básica à prática clínica, permitindo compreender melhor como o adoecimento se manifesta e como pode ser enfrentado.

necessidade de correção ou melhoria. Com isso, as decisões passam a ser mais ágeis e bem embasadas, o que é essencial para uma gestão eficiente e proativa dos recursos públicos.

A efetividade<sup>6</sup> das internações hospitalares pode ser avaliada através de diversos indicadores, como taxas de ocupação, tempo médio de internação, e índices de reinternação (Brasil, 2014). Com uma ferramenta bem estruturada, é possível acompanhar esses indicadores de maneira direcionada e objetiva. Isso permite a análise detalhada de como os hospitais de referência estão atendendo às necessidades da população e a identificação de oportunidades para melhorar os processos internos e os resultados clínicos.

Partindo desse pressuposto, conforme estudos sobre a situação de saúde da população cearense, indicam significativos avanços na redução dos índices de mortalidade infantil, ocasionadas por desnutrição e doenças imunopreveníveis. Contudo, não se pode deixar de expor os agravos referentes ao aumento da violência, assim como ao crescimento exponencial das cidades, o que gera outros problemas. A título de exemplo, um dos agravantes mais intensos se encontra no grupo das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis – DCNT (Ceará, 2017, 2018a, 2018b; IBGE, 2015).

Diante do exposto, a presente pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, com o objetivo de avaliar os avanços e desafios enfrentados pelas Superintendências Regionais de Saúde do Ceará, que coordenam as unidades hospitalares de referência do SUS, no contexto da PEIH. Essa abordagem mostra-se apropriada para captar percepções e experiências de gestão relacionadas à implementação da referida política pública através de uma avaliação em profundidade.

Foram selecionados para a pesquisa, de forma intencional, os cinco Superintendentes Regionais, considerando seu papel estratégico na articulação da rede hospitalar regional. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário, orientada por um roteiro de questões temáticas, e os dados obtidos foram organizados e interpretados com base na técnica de análise de conteúdo, visando identificar categorias que evidenciam os principais aspectos da gestão hospitalar no âmbito da PEIH. Dessa forma, estruturou-se uma compreensão aprofundada sobre os efeitos dessa política na condução da rede hospitalar no território cearense.

No decorrer deste estudo, apresentamos o percurso metodológico adotado, os objetivos propostos e a caracterização do cenário de pesquisa, situado nos territórios de saúde do Estado do Ceará. O referencial teórico contempla a trajetória histórica e normativa do

---

<sup>6</sup> Conforme Viacava et al. (2003), a efetividade é a capacidade de produzir efeitos desejados em situações reais, envolvendo variáveis contextuais que afetam os resultados.

Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e no Ceará, com ênfase em seu modelo de financiamento e nas implicações para a gestão pública. A análise central recai sobre a Política Estadual de Incentivo Hospitalar (PEIH), explorando sua implementação e os efeitos nos territórios de saúde.

Assim, as particularidades cearenses demonstram a pertinência da implementação de uma política de incentivo hospitalar que leve em consideração os determinantes sociais e desafios epidemiológicos do Estado. Tendo em vista a discussão brevemente exposta, levanta-se o seguinte questionamento: Como o acesso aos serviços hospitalares integrados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) pode ser otimizado para melhorar a eficiência e os resultados sanitários, utilizando a Política Estadual de Incentivo Hospitalar PEIH como ferramenta estratégica?

Para responder a esse questionamento, o estudo tem como objetivo geral Avaliar a Política Estadual de Incentivo Hospitalar como acesso aos serviços hospitalares que integram as Redes de Atenção à Saúde (RAS), para melhorar sua eficiência e resultados sanitários. Para isso, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: a) Analisar o processo de regionalização e descentralização dos serviços hospitalares de média e alta complexidade no estado do Ceará; b) Compreender o fluxo de acesso assistencial na perspectiva conjunta entre sociedade civil e Estado; c) Compreender a integração entre os hospitais classificados como ponto de atenção das Redes de Atenção à Saúde; e, d) Avaliar a publicização dos resultados dos serviços prestados pelas unidades hospitalares no Ceará.

## 2 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta seção apresenta a metodologia da pesquisa, com a finalidade de descrever minuciosamente os métodos, técnicas e procedimentos empregados na investigação do objeto de estudo. O intuito é fornecer respostas ao problema formulado e atingir os objetivos previamente estabelecidos.

### 2.1 Delineamento do estudo

O presente estudo consiste em uma análise qualitativa com abordagem documental, dentro de uma perspectiva reflexiva e utilizando a análise de conteúdo de Bardin (2011). A pesquisa qualitativa inclui uma análise descritiva da PEIH, acrescido da realização de questionário. Foram escolhidos para participar da interlocução do estudo, os gestores estaduais (Superintendentes Regionais) representantes da Secretaria da Saúde. Destacamos que foram definidos como requisitos, aspectos de gestão, assim como critérios técnicos da política. Quanto ao perfil dos participantes, a seleção foi realizada com base em sua atuação profissional, priorizando aqueles que lidam diretamente com a gestão.

Segundo Richardson (2010), a metodologia pode ser compreendida como o conjunto de métodos empregados para atingir um objetivo de pesquisa, englobando todos os procedimentos adotados na condução do estudo.

Conforme Maia (2020), o questionário é um método de pesquisa usado para coletar informações de forma organizada e padronizada. Sua elaboração deve considerar o perfil dos participantes e estar alinhada aos objetivos do estudo, com perguntas claras e agrupadas em blocos que facilitem a análise.

A aplicação do questionário pode ser direta, com a presença do pesquisador, garantindo maior controle, ou indireta, por meios como internet ou correio, sendo mais prática, mas com menor retorno. Em qualquer caso, é importante planejar prazos e procedimentos para assegurar a confiabilidade dos dados (Maia, 2020).

Considerando a flexibilidade de tempo para a aplicação da pesquisa, os questionários foram enviados por e-mail aos gestores. Conforme destaca Maia (2020), essa modalidade é prática, rápida e econômica, permitindo que os participantes respondam no momento mais conveniente. Além disso, atinge o alcance da pesquisa, otimiza custos com impressão e logística, e ainda facilita a organização e análise das respostas em formato digital.

Diante disso, consideramos essencial não apenas apresentar relatos históricos sobre

o contexto da saúde pública no Ceará, mas também destacar as transformações ocorridas ao longo do tempo e seus impactos na estrutura institucional, assim como na sociedade.

No que diz respeito à abordagem dos dados, a pesquisa segue uma orientação qualitativa, destacando-se pela análise descritiva, compreensão aprofundada e interpretação de eventos e tendências (Martins; Teóphilo, 2009). Minayo (2012, p. 220) explica que “o método qualitativo de pesquisa é aqui entendido como aquele que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais”.

Conforme Moreira (2008), aponta que para pensar em pesquisas de cunho avaliativo, devemos considerar algumas características importantes, de modo que, a saber: elas devem acontecer frente ao contexto que se pretende pesquisar; é estimulada pelas demandas socialmente produzidas; o/a pesquisador/a assume o papel de mediador que não só aplica a pesquisa, mas atua na articulação, organização de encontros, sistematiza os saberes elencados pelos atores envolvidos no estudo, agindo, sobretudo como um agente de escuta ativa; proporciona uma interação de confiança entre pesquisadores e pesquisados e; sistematiza as vivências do cotidiano permitindo a estruturação de procedimentos teórico-metodológicas que contribuem para o bom andamento do estudo.

De acordo com Rodrigues (2016), ao realizar uma análise de uma política pública, previamente devemos respeitar a diversidade de experiências, a ampla dimensão de entendimento, se atentando para a complexidade dos fatores e fenômenos, além disso, seu caráter processual, contextual, dinâmico e flexível, só é apreensível pelo entendimento de sua realização na prática.

## **2.2. Cenário do estudo**

O estudo foi realizado sob análise das 05 (cinco) regiões de saúde do estado. A divisão territorial do estado do Ceará por região de saúde evidencia disparidades populacionais significativas entre as regiões. A Região de Saúde de Fortaleza (SRFOR), composta por 44 municípios e 5 Coordenadorias de Áreas Descentralizadas de Saúde (COADS), concentra mais da metade da população do estado (51,77%), totalizando 4.553.473 habitantes. Em contraste, regiões como Litoral Leste (SRLES) e Sertão Central (SRCEN) possuem populações bastante inferiores, com 6,04% e 7,04% da população estadual, respectivamente. As regiões de Sobral-Norte (SRNOR) e Cariri-Sul (SRSUL) possuem proporções populacionais semelhantes, com 18,69% e 16,46%, o que também se reflete em sua estrutura de municípios e COADS.

Tabela 1 - Divisão territorial por região de saúde

POPULAÇÃO DO ESTADO DO CEARÁ					
CENSO DEMOGRÁFICO 2022 - IBGE					
Regiões de Saúde	SEDE	Quantidade de COADS	Quantidade de Municípios	População em N° de Hab.	% População
Fortaleza (SRFOR)	1	5	44	4.553.473	51,77
Sertão Central (SRCEN)	1	2	20	618.818	7,04
Litoral Leste (SRLES)	1	2	20	530.927	6,04
Sobral - Norte (SRNOR)	1	4	55	1.644.010	18,69
Cariri - Sul (SRSUL)	1	4	45	1.447.729	16,46
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>184</b>	<b>8.794.957</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pelo autor (2025), com base no Censo Demográfico 2022 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2023.

### 2.3. Fonte e coleta de dados

Foram selecionados intencionalmente cinco (05) Superintendentes Regionais de Saúde, em razão de seu papel estratégico na coordenação e articulação da rede hospitalar em suas respectivas regiões. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário, encaminhado por e-mail, contendo questões temáticas voltadas à análise da execução da PEIH.

Os dados obtidos foram organizados e tratados com base na técnica de análise de conteúdo, buscando identificar categorias que evidenciem os principais avanços, desafios e oportunidades de melhoria da gestão hospitalar no âmbito da política. Adicionalmente, foram utilizados dados secundários provenientes de fontes públicas e oficiais, como resoluções da CIB/CE e relatórios disponíveis nas plataformas digitais do Governo do Estado do Ceará, relacionadas às pactuações e monitoramento da PEIH.

### 2.4. Aspectos éticos

A pesquisa seguiu integralmente as diretrizes da Resolução CNS nº 466/2012, que normatiza estudos envolvendo seres humanos no Brasil, assegurando os princípios éticos de dignidade, liberdade, autonomia, justiça e beneficência (Brasil, 2012a).

Os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por meio digital, contendo as finalidades do estudo, bem como os direitos dos participantes. Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, garantindo sigilo e anonimato dos participantes e respeitando as normas de proteção de dados.

### 3 ESTADO, SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS: BASES PARA A ANÁLISE

A concepção contemporânea de Estado pressupõe não apenas sua função administrativa, mas seu papel na efetivação dos direitos sociais. Para Gohn (2004), o Estado deve ser constantemente tensionado pela sociedade civil organizada, pois a participação da sociedade civil na esfera pública não é para substituir o Estado, mas para lutar para que este cumpra seu dever: propiciar educação, saúde e demais serviços sociais com qualidade, e para todos. Assim, o campo da saúde se apresenta como espaço privilegiado para o exercício desse controle social.

Sob essa perspectiva, o fortalecimento da saúde como política pública não pode se restringir à ampliação de serviços, mas deve considerar sua função política e emancipatória. Gohn (2006) destaca que a participação não substitui os agentes estatais, mas contribui para a democratização e controle social da gestão pública. Dessa forma, o SUS deve ser compreendido como conquista cidadã e arena de discussão, onde se expressam diferentes interesses sociais, tensionando o Estado em direção a uma maior responsabilização.

A formulação e implementação de políticas públicas em saúde exigem uma visão ampliada das necessidades sociais e dos determinantes que afetam o bem-estar coletivo. Carvalho (2008) mostra que a política de saúde deve ser vista como uma política de transformação social, voltada para a redução das desigualdades e para a garantia da cidadania. Isso significa pensar a saúde não como mercadoria, mas como um direito universal sustentado por um Estado comprometido com a justiça social e a equidade.

Além disso, Carvalho (2008) reforça que as políticas públicas de saúde precisam ser articuladas a um projeto societário mais amplo, que considere os determinantes sociais e os direitos humanos como fundamentos essenciais. Tal abordagem exige que as ações em saúde estejam integradas a outras políticas sociais, favorecendo a construção de estratégias intersetoriais e territorializadas.

As políticas sociais são ações feitas pelo governo para melhorar a vida da população, principalmente das pessoas que mais precisam. Elas ajudam a garantir direitos básicos como saúde, educação, assistência social e moradia. Segundo Hofling (2001), “políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico”. Ou seja, são formas do governo ajudar a reduzir as desigualdades, cuidando de quem está em situação mais difícil.



Para Gussi (2008) o avanço das políticas sociais desenvolvidas pelo Estado brasileiro, a avaliação das políticas públicas passou a ser objeto de questionamento, principalmente quanto à sua forma de execução, aos usos dos resultados e às intenções políticas por trás do processo. Nesse contexto, de acordo com Rodrigues (2016) a avaliação não pode ser vista apenas como uma técnica neutra ou burocrática, mas sim como um processo de natureza cultural e sociopolítica, pois envolve diferentes interesses, valores e relações de poder.

Nessa perspectiva, a autora, ressalta que para uma compreensão de políticas, programas e projetos, a avaliação em profundidade destaca quatro dimensões consideradas primordiais para uma avaliação, a saber: (I) a análise de conteúdo, (II) o contexto da formulação, (III) a extensão temporal e territorial e (IV) a construção de trajetórias das políticas.

De acordo com Carvalho e Gussi (2011), na dimensão analítica da avaliação devemos priorizar as configurações contemporâneas na qual o estado se propõem a intervir, e além disso, analisar os interesses sociais envolvidos, principalmente nas relações de poder, verificar também os sujeitos que movimento e se findam na política, e nesse percurso verificar as agendas públicas e as ações.

Podemos compreender que a avaliação de política públicas, tem como finalidade acompanhar o percurso, os atores, sujeitos envolvidos na política, outrossim, buscar os eixos operacionais com o fomento da participação, além de compreender os objetivos, ações e impactos que geram em volta da política que se avalia. Diante disso, a avaliação de políticas públicas, não devem se findar em modelos metodológicos fixos, contudo, deve partir do pressuposto que será uma contratual processual de avaliação, isso implica em um processo reflexivo sobre o percurso da avaliação não deixando cair em armadilhas.

A avaliação de políticas públicas em saúde deve considerar múltiplas dimensões, que vão desde a análise de sua formulação até os efeitos produzidos nos sistemas de saúde e na vida das populações. Paim (2003) destaca a importância da avaliação como ferramenta estratégica para o planejamento e a gestão, sendo fundamental para verificar não apenas a eficácia e a eficiência das intervenções, mas também sua relevância social e seu impacto sobre a equidade em saúde. Ao propor uma abordagem ampla e integrada da avaliação, o autor evidencia que políticas como a PNHOSP devem ser analisadas em seu contexto histórico, normativo e operacional, permitindo a compreensão dos limites e potencialidades da atenção hospitalar no SUS. Barata (2013) discute a importância na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde, em conformidade com a autora, a elaboração, implementação e avaliação dessas políticas é de suma importância para o aprimoramento e aplicação de novas metodologias.

O processo de avaliação de políticas públicas pode ser considerado como uma das mais variadas formas de intervenção para sociedade, ressaltando os atores que estão nesse processo ou vinculados a ele, apresentando interesses e expectativas variadas, uma política pública se organiza e se estrutura tendo como ponto de partida os incentivos que são gerados socialmente. Sendo que toda política pública é um instrumento de mudança social e uma forma de resposta à pressão social, afirma Silva (2008).

Outro ponto importante, são os tipos de avaliação, sendo elas avaliação ex ante, e a avaliação ex post. Sobre a avaliação ex ante entende-se que ela é: “realizada ao iniciar a elaboração do programa, tendo em vista antecipar os aspectos a serem considerados no processo decisório” (IPEA, 2010). Ainda sobre a avaliação, Lassance (2022) aponta: a ex ante também denominada avaliação inicial, cuja preocupação é verificar a pertinência e viabilidade do programa.

Consoante Souza (2006), uma política pública em seu processo decisório não se encerra com a sua implementação, execução, ficando submetida aos sistemas de acompanhamento e avaliação. De acordo com Serapioni (2016), o processo de avaliação de políticas públicas difundiu-se nos anos 1960 e hoje, passa por um processo de rápida disseminação, diversificação teórico-metodológica e controvérsias entre as diversas perspectivas epistemológicas

Dito isto, o projeto de implementar a PEIH, fortalece as políticas públicas na área hospitalar, tendo o Estado como protagonista na implementação de suas políticas, tornando-se necessária a implementação de ações de desenvolvimento científico e tecnológico.

A avaliação de políticas públicas deve ser direcionada para as principais necessidades, tendo um olhar para os princípios da política, e o seu desenvolvimento deve ser conduzido de forma a construir a viabilidade da implementação das ações resultantes das decisões tomadas (Tanaka; Tamaki, 2012). O processo de avaliação de políticas públicas pode ser considerado como uma das mais variadas formas de intervenção para sociedade, ressaltando os atores que estão nesse processo ou vinculados a ele, apresentando interesses e expectativas variadas, uma política pública se organiza e se estrutura tendo como ponto de partida os incentivos que são gerados socialmente.

Em nosso país, a avaliação de políticas públicas e programas sociais, vem em modelo amplo no campo interdisciplinar, porém, se tem uma predominância em enfoques mais quantitativos. Ressaltando, que a atuação em avaliação em nosso país ainda se restringe no controle de gastos ao invés de fortalecer os que estão em desenvolvimento (Rodrigues, 2008).

A avaliação é um importante instrumento, principalmente para ser utilizado por

segmentos sociais, para o fortalecimento de conquistas em prol de uma política pública, sendo que essa avaliação poderá produzir informações sobre tal. Contudo a avaliação de uma política pública apresenta critérios em relação ao tempo e momento de sua realização.

Nessa compreensão de análise de uma política pública, com as dimensões de experiências e entendimentos, conforme a autora, o desenho de uma avaliação de política pública dessa maneira se sobrepõe ao conceito linear tido como o tradicional, não somente como uma busca de resultados eficiência e eficácia, ou somente seguindo o roteiro linear de hipóteses; isto implica que essa nova forma de experiência nas formulações teórico-metodológicas são ações inovadoras para a avaliação de uma política pública (Rodrigues, 2016).

### **3.1. Evolução Histórica: Fática e Normativa do Sistema Único de Saúde**

A trajetória dos movimentos sociais no Brasil expressa o protagonismo da sociedade civil na luta por direitos e na construção de novas formas de participação política. Mais do que agentes de denúncia, esses movimentos foram protagonistas na formulação de propostas e na construção de novos modelos de participação social e de gestão pública. Como afirma Gohn (2011, p. 336), “os movimentos realizam diagnósticos sobre a realidade social, constroem propostas e atuam como resistência à exclusão e luta pela inclusão social”. O processo de mobilização social que antecedeu a Constituição de 1988, especialmente a Reforma Sanitária, reuniu profissionais da saúde, acadêmicos e lideranças comunitárias em torno da defesa do direito à saúde como condição essencial à cidadania. Essa atuação coletiva fortaleceu a ideia de um sistema público e universal, sustentado por princípios como a descentralização e o controle social, e possibilitou a inserção da saúde na agenda dos direitos sociais no Brasil.

A partir da consolidação do SUS, a participação da sociedade civil organizada continuou sendo um pilar central para garantir a efetividade das políticas públicas de saúde. Os conselhos gestores e as conferências de saúde, previstos na legislação, passaram a ser espaços institucionais onde a população pode exercer o controle social sobre as ações do Estado, ampliando o debate sobre prioridades, financiamento e qualidade dos serviços. Como destaca Gohn (2011, p. 355), “por meio dos conselhos, a sociedade civil exercita o direito de participar da gestão de diferentes políticas públicas, tendo a chance de exercer maior controle sobre o Estado”. Assim, a transformação do sistema de saúde brasileiro não se deu apenas por mudanças normativas e estruturais, mas também pela criação de novos formatos de governança

democrática, em que a participação popular se tornou elemento chave para o aprimoramento da gestão e da assistência, inclusive na atenção hospitalar.

A transformação prática e legislativa do SUS no Brasil reflete a inter-relação entre transformações sociais e respostas institucionais ao longo do tempo. A Constituição Federal de 1988 foi um marco ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo a universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços (Brasil, 1988). O novo ordenamento jurídico rompeu com o modelo excludente do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), incorporando os hospitais ao sistema público de forma progressiva. Entretanto, o processo de reorganização da atenção hospitalar no SUS foi marcado por desafios históricos, como a fragmentação do cuidado, a concentração de leitos em grandes centros urbanos e a dificuldade de articulação entre os diferentes níveis de atenção (Brasil, 1988; Paim et al., 2011). Desde então, diversas normativas foram criadas para regulamentar a governança, o financiamento e a organização do sistema.

Nas décadas seguintes, de acordo com Santos *et al.* (2020), o Estado brasileiro buscou regulamentar e qualificar o papel dos hospitais no SUS, reconhecendo sua importância na composição das Redes de Atenção à Saúde. Um marco normativo significativo foi publicado através da Portaria nº 1.559/2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, no qual a mesma estabelece diretrizes para a organização e o funcionamento dos hospitais de forma integrada, com foco na ampliação do acesso, na qualificação da assistência e na racionalização do uso dos recursos hospitalares. A Política Nacional de Regulação também enfatiza a gestão por resultados, o fortalecimento da regulação e a humanização do cuidado (Brasil, 2008).

A trajetória normativa da atenção hospitalar reflete na busca contínua por maior eficiência e equidade no acesso aos serviços hospitalares. A partir da Constituição de 1988, passando pela Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990), e culminando em políticas específicas como a PNHOSP, observa-se um movimento de institucionalização de práticas que buscam integrar os hospitais às diretrizes do SUS. Essa trajetória demonstra a evolução de uma visão hospitalocêntrica para um modelo de atenção em rede, no qual o hospital é compreendido como parte de um sistema mais amplo e coordenado de cuidados (Brasil, 1990a,b; Brasil, 2008).

Assim, os marcos normativos da atenção hospitalar destacam a continuidade da implementação do SUS, com ênfase na descentralização da gestão através das diferentes esferas de governo, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Esses documentos foram fundamentais para o início da reforma

do sistema de saúde, refletindo uma abordagem verticalizada (Menicucci, 2014) do Poder Executivo Federal nas políticas de saúde durante o primeiro período desta análise. As NOB e NOAS possibilitam a organização e a análise dos diferentes períodos de governo no que se refere à regulação do sistema de saúde e à atenção hospitalar no contexto do SUS (Menicucci, 2014).

A regulação da rede hospitalar, tanto pública quanto privada, passou a ser responsabilidade da gestão estadual do SUS, conforme estabelecido nas NOAS de 2001. Essa medida foi orientada pelo processo de regionalização e ganhou apoio adicional com as NOAS de 2002, que implementaram pactos entre os três níveis de gestão do sistema (Santos; Merry, 2017).

### **3.2 Regionalização da Saúde no Ceará**

A Constituição do Estado do Ceará de 1989 se distingue por ressaltar a importância da colaboração mútua entre os entes federativos, conforme previsto no Art. 32. Nesse dispositivo, é estabelecido que o Estado e os Municípios deverão agir de maneira cooperativa nas microrregiões, na região metropolitana e nas concentrações urbanas, com a finalidade de organizar e coordenar as ações governamentais, que descreve: I – planejamento e disciplinamento urbano físico e social; II – compatibilização de planos, programas e projetos; III – articulação do sistema viário em que se inserem os Municípios (Ceará, 1989).

Entretanto, foi somente em 1998, com a aprovação das diretrizes para estruturar a atenção à saúde no estado, que os princípios de regionalização e hierarquização do SUS passaram a ser efetivamente implementados, conforme destaca Lopes (2007). Como consequência, foi criada uma estrutura de saúde no estado, organizada em 20 microrregiões e três macrorregiões, definidas com base nos fluxos de usuários e nas necessidades locais.

Em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), seguida de sua revisão em 2002 (NOAS 01/2002), orientou o Estado na organização de sua rede de saúde. Lopes (2007) discutiu a respeito, e mostrou que essas diretrizes expandiram as atribuições dos municípios na atenção primária, promovendo a regionalização e a descentralização dos sistemas locais de saúde. Com a implementação das NOAS, a descentralização da saúde no Ceará avançou de maneira significativa entre 2003 e 2006.

Em 2006, o Pacto pela Saúde introduziu uma nova abordagem de gestão pública, centrada em resultados e na responsabilização sanitária, fortalecendo a descentralização para estados e municípios por meio de três eixos principais: o Pacto em Defesa do SUS

(fortalecimento do SUS), o Pacto pela Vida (priorizando a saúde do idoso, a redução da mortalidade infantil e materna, o controle de doenças, o câncer de colo de útero e mama, a promoção da saúde e a Atenção Primária) e o Pacto de Gestão (estabelecendo responsabilidades claras entre os entes federativos e promovendo a regionalização integrada dos serviços de saúde) (Brasil, 2006).

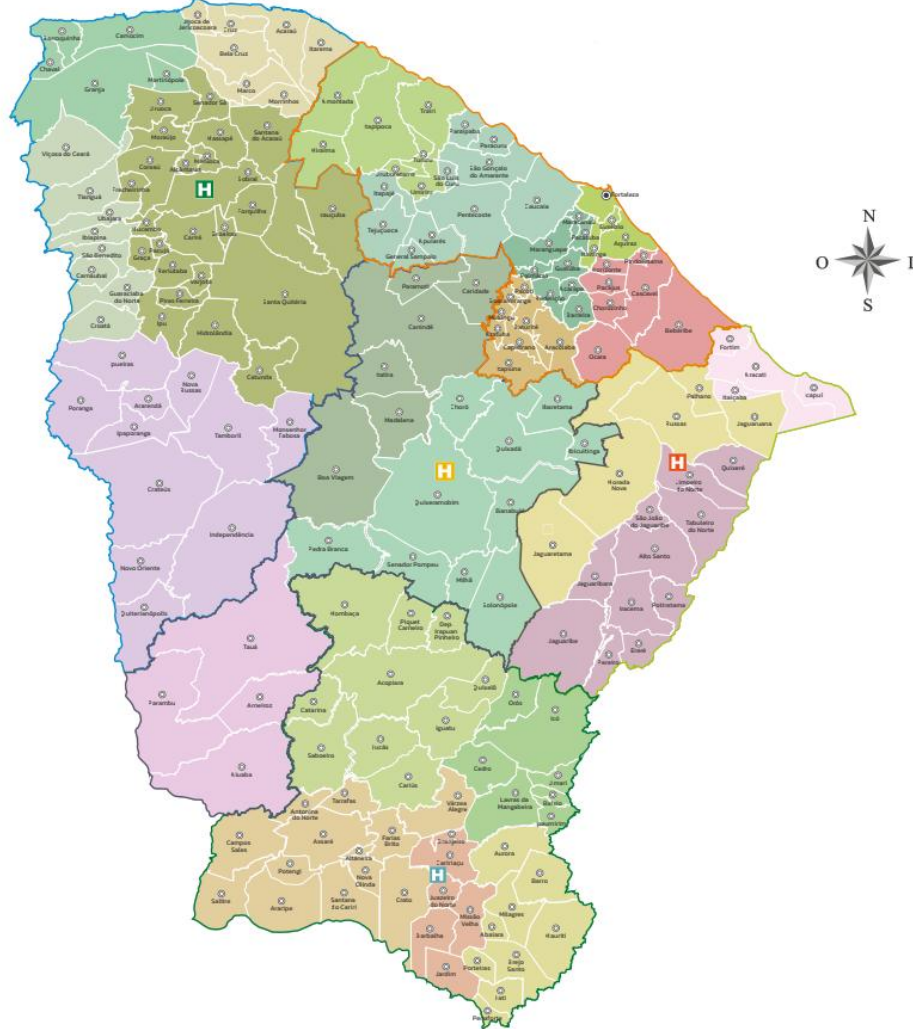
Nesse contexto, em 2006, foi implementado um novo Plano Diretor de Regionalização (PDR) para o Estado do Ceará, que reformulou as regiões de saúde, identificando os municípios polos e de apoio no sistema de referência microrregional para a assistência de média e alta complexidade, levando em consideração a capacidade de resolução dos serviços nos sistemas municipais (Lopes, 2007, p. 45). A esfera estadual passou a coordenar o processo de regionalização sanitária por meio do Plano Diretor de Regionalização, que, conforme afirmam Dourado e Elias (2011), seria o “instrumento que refletiria o planejamento regional de acordo com as especificidades de cada estado (e do Distrito Federal), alinhado aos recursos disponíveis”.

O Governo do Estado do Ceará tem reafirmado seu compromisso com a regionalização da saúde. A Lei nº 17.006, de 30 de setembro de 2019 incorpora conceitos como governança interfederativa regional, redes de atenção à saúde, planejamento regional da saúde e a criação de comissões regionais de saúde. Além disso, estabelece que as regiões de saúde devem oferecer serviços nas áreas de atenção básica, urgência, saúde psicossocial, atendimento ambulatorial especializado e vigilância em saúde (Ceará, 2019).

A Lei nº 17.006, de 30 de setembro de 2019, estabelece a integração das ações e serviços de saúde no SUS no Estado do Ceará, com foco nas regiões de saúde. Ela define as regiões como agrupamentos de municípios com características comuns (epidemiológicas, geográficas, socioeconômicas) e regulamenta o planejamento e a execução de políticas de saúde compartilhadas entre o Estado e os municípios (Ceará, 2019).

A Figura 01 ilustra como está configurada a regionalização da saúde no Estado do Ceará, estruturada em cinco Regiões de Saúde. Cada região abrange um conjunto de municípios organizados em Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS), que funcionam como unidades administrativas intermediárias para a gestão e execução das políticas públicas de saúde.

Figura 1 - Regionalização da Saúde no Estado do Ceará



# Regionalização

**LEGENDA**

- Superintendência da Região de Fortaleza | SRFOR**
  - Fortaleza (Sede)
  - Caucaia
  - Maracanaú
  - Baturité
  - Itapipoca
  - Cascavel
- Superintendência da Região do Sertão Central | SRCEN**
  - Quixadá (Sede)
  - Canindé
  - Tauá
- Superintendência da Região do Litoral Leste/Jaguaribe | SRLS**
  - Limoeiro do Norte (Sede)
  - Aracati
  - Russas
- Superintendência da Região Norte | SRNOR**
  - Sobral (Sede)
  - Acaraú
  - Tianguá
  - Crateús
  - Camocim
- Superintendência da Região do Cariri | SRSUL**
  - Juazeiro do Norte (Sede)
  - Icó
  - Iguatu
  - Brejo Santo
  - Camocim
- Hospitais regionais**
  - Regional do Cariri
  - Regional Norte
  - Regional do Sertão Central
  - Regional do Vale do Jaguaribe

Fonte: Ceará (2025)

A Lei nº 17.006/2019 introduz conceitos como governança interfederativa regional, redes de atenção à saúde, planejamento regional da saúde e criação de comissões regionais de saúde. Ela também determina que as regiões de saúde devem oferecer ações em atenção básica, urgência, psicossocial, ambulatorial especializada e vigilância em saúde (Ceará, 2019).

Diante disso, atuando e trabalhando na gestão pública, o que se percebe é a existência de um esforço real por parte da gestão estadual em garantir que a população receba os serviços de saúde de forma organizada e próxima de onde vive. O Estado tem buscado compreender as necessidades de cada região e planejar com base nessas demandas. Isso mostra que, em vez de realizar ações isoladas, há um olhar atento para o território como um todo, respeitando as particularidades de cada localidade e entregando o que realmente faz falta para as pessoas.

Um exemplo concreto desse compromisso é a implementação de políticas de investimento nos hospitais. Quando o Estado decide investir em unidades de saúde mais próximas da população, está dizendo que se importa com o acesso das pessoas. Esse investimento não envolve apenas obras, mas também a oferta de consultas, exames e procedimentos especializados. Assim, os moradores de cidades mais distantes não precisam mais viajar tanto para conseguir atendimento — o cuidado pode ser acessado próximo a sua residência.

O planejamento da saúde em cada região deve levar em conta o que as pessoas realmente precisam, buscando reduzir as desigualdades entre os municípios e melhorar o uso das informações disponíveis sobre os serviços de saúde. Além disso, é importante que o Estado e os municípios combinem, por meio de contratos, quem vai fazer o quê, e que haja um acompanhamento constante para ver se os serviços estão funcionando bem. A lei também prevê que a comunidade deve participar desse processo, através do controle social, ajudando a avaliar e fiscalizar os serviços junto com as comissões de saúde.

Nesse contexto, como mostra a Figura 02, a Secretaria da Saúde do Ceará está presente nas regiões por meio das Superintendências Regionais, organizadas em cinco áreas: Fortaleza, Norte (Sobral), Cariri (Juazeiro do Norte), Sertão Central (Quixadá) e Litoral Leste/Jaguaribe (Aracati). Essas Superintendências coordenam e colocam em prática as ações de saúde planejadas para cada região em articulação conjunta aos gestores municipais. Com foco na atenção hospitalar, acompanham como as unidades estão funcionando dentro da PEIH, ajudam a garantir a qualidade do atendimento, organizam o encaminhamento dos pacientes por meio da Central de Regulação, acompanham os investimentos feitos na área e monitoram se os



hospitais estão seguindo os critérios necessários para oferecer serviços especializados com qualidade e eficiência.

Figura 2 - Demarcação Regional das Superintendências de Saúde  
**REGIONALIZAÇÃO**



Fonte: Ceará (2025a)

O Ceará também conta com 17 Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS), que cobrem as cinco regiões de saúde. Essas ADSs têm a função de coordenar e articular o sistema de saúde local, apoiar a gestão da Superintendência Regional e colaborar no processo de regulação, monitoramento de indicadores e avaliação dos serviços de saúde, além de promover o aprendizado organizacional e melhorar os processos de gestão na área. As ADSs estão sediadas em municípios como Caucaia, Maracanaú, Baturité, Itapipoca, Cascavel, Canindé, Tauá, Russas, Limoeiro do Norte, Acaraú, Crateús, Tianguá, Camocim, Icó, Iguatu, Brejo Santo e Crato (Ceará, 2025a)

A seguir será apresentado no Quadro 01 a distribuição territorial e populacional das regiões de saúde, que estão sob o olhar das Superintendências Regionais.

O Quadro 01 apresenta a configuração da Região de Saúde de Fortaleza, sob a responsabilidade da Superintendência Regional SRFOR, detalhando os municípios distribuídos entre as seis Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS) e suas respectivas populações, conforme o Censo Demográfico 2022. A região concentra um total de 4.553.473 habitantes, sendo a ADS Fortaleza a mais populosa, com 2.648.173 pessoas, destacando-se a capital como o maior município isolado, com 2.428.708 habitantes. As demais ADS apresentam populações variadas, como a ADS Caucaia com 612.895 habitantes, seguida por Maracanaú (519.326), Cascavel (339.619), Itapipoca (298.961) e Baturité (134.499). Neste território fica evidenciado a heterogeneidade populacional entre as áreas, o que impõe desafios distintos à gestão regional da saúde, especialmente no que se refere à organização da rede de serviços e à alocação de recursos conforme a densidade e distribuição populacional.

No Quadro 02 apresenta a configuração da Região de Saúde do Sertão Central, sob responsabilidade da Superintendência Regional SRSEN, totalizando uma população de 618.818 habitantes, conforme o Censo Demográfico de 2022. A região é composta por três Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS): Canindé, Quixadá e Tauá. A ADS Quixadá concentra a maior parte da população da região, com 315.975 habitantes distribuídos em dez municípios, incluindo Quixadá (84.168) e Quixeramobim (82.177), que são os mais populosos. A ADS Canindé reúne sete municípios e soma 188.666 habitantes, sendo Canindé (74.174) e Boa Viagem (50.411) os principais. Já a ADS Tauá, com quatro municípios, apresenta a menor população, totalizando 114.177 habitantes, dos quais mais da metade reside no município de Tauá (61.227). Nesta região evidencia-se desigualdades na distribuição populacional entre as ADS, o que impacta diretamente o planejamento e a gestão dos serviços de saúde na região.

O Quadro 03 apresenta a configuração da Região de Saúde do Litoral Leste do Jaguaribe, sob responsabilidade da Superintendência SRLES, com uma população total de 526.949 habitantes segundo o Censo Demográfico de 2022. A região é composta por três Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS): Aracati, Russas e a sede em Limoeiro do Norte. A ADS Russas é a mais populosa, com 192.650 habitantes distribuídos em cinco municípios, destacando-se Russas (72.928) e Morada Nova (61.443). A sede Limoeiro do Norte abriga a segunda maior população, com 216.901 habitantes distribuídos em dez municípios, sendo Limoeiro do Norte (59.560) e Jaguaribe (33.726) os mais populosos. Já a ADS Aracati possui a menor população da região, com 121.376 habitantes em quatro municípios, sendo Aracati (75.113) o principal. A região leste demonstra a diversidade populacional entre as ADS, o que influencia diretamente na organização e cobertura dos serviços de saúde ofertados nessa macrorregião.

O Quadro 04 apresenta a configuração da Região de Saúde do Norte do Ceará, vinculada à Superintendência SRNOR, com uma população total de 1.644.010 habitantes, conforme o Censo Demográfico de 2022. A região é composta por cinco Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS): Sobral (sede), Acaraú, Tianguá, Crateús e Camocim. A maior população está concentrada na sede Sobral, com 630.898 habitantes distribuídos em 24 municípios, sendo o próprio município de Sobral o mais populoso (203.023). Em seguida, a ADS Tianguá apresenta 322.334 habitantes, destacando-se os municípios de Tianguá (81.506) e Viçosa do Ceará (59.712). A ADS Crateús conta com 292.369 habitantes em 13 municípios, com Crateús (76.390) como principal centro populacional. Já a ADS Acaraú soma 244.864 habitantes, com destaque para Acaraú (65.264), enquanto a ADS Camocim possui a menor população da região, totalizando 153.545 habitantes, sendo Camocim (62.326) e Granja (53.344) os municípios mais populosos dessa área. No quadro evidencia uma ampla distribuição populacional e territorial, importante para o planejamento da oferta de serviços e estrutura de saúde regional.

No quadro 05 apresenta a configuração da Região de Saúde do Sul do Ceará, no Cariri, sob a responsabilidade da Superintendência SRSUL, com uma população total de 1.447.729 habitantes, segundo o Censo Demográfico de 2022. A região é composta por cinco Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS): Icó, Iguatu, Brejo Santo, Crato e a sede em Juazeiro do Norte. A maior concentração populacional está na sede Juazeiro do Norte, com 456.547 habitantes, destacando-se o próprio município-sede com 286.120 pessoas. Em seguida, a ADS Crato possui 334.241 habitantes, sendo Crato o município mais populoso da ADS, com 131.050 habitantes. A ADS Iguatu reúne 287.253 pessoas, com Iguatu também se destacando por sua grande população (98.064). A ADS Brejo Santo soma 209.567 habitantes, com Brejo Santo (51.090) e Mauriti (45.561) como os principais centros populacionais. Por fim, a ADS Icó apresenta a menor população entre as áreas, com 160.121 habitantes, sendo Icó (62.642) o município mais representativo. O Cariri evidencia um expressivo peso demográfico da sede Juazeiro do Norte na região, o que pode influenciar diretamente a organização da rede de atenção à saúde e a definição de fluxos assistenciais

Quadro 1 - Configuração da Região de Saúde de Fortaleza, por ADS, municípios e população

Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza – SRFOR											
Total da população na Região de Fortaleza: 4.553.473 habitantes											
SEDE FORTALEZA		ADS CAUCAIA		ADS MARACANAÚ		ADS BATURITÉ		ADS ITAPIPOCA		ADS CASCAVEL	
Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População
Aquiraz	80.645	Apuiarés	12.928	Acarape	14.027	Aracoiaba	25.553	Amontada	42.156	Beberibe	53.114
Eusébio	74.170	Caucaia	355.679	Barreira	22.392	Aratuba	11.224	Itapipoca	131.123	Cascavel	72.720
Fortaleza	2.428.708	General Sampaio	6.734	Guaiúba	24.325	Baturité	35.218	Miraíma	14.196	Chorozinho	20.163
Itaitinga	64.650	Itapajé	46.426	Maracanaú	234.509	Capistrano	17.254	Trairi	58.415	Horizonte	74.755
		Paracuru	38.980	Maranguape	105.093	Guaramiranga	5.654	Tururu	15.412	Ocara	24.493
		Paraipaba	32.216	Pacatuba	81.524	Itapiúna	17.841	Umirim	17.470	Pacajus	70.983
		Pentecoste	37.813	Palmácia	10.242	Mulungu	10.569	Uruburetama	20.189	Pindoretama	23.391
		São Gonçalo do Amarante	54.143	Redenção	27.214	Pacoti	11.186				
		São Luís do Curu	10.822								
		Tejuçuoca	17.154								
<b>Total</b>	<b>2.648.173</b>	<b>Total</b>	<b>612.895</b>	<b>Total</b>	<b>519.326</b>	<b>Total</b>	<b>134.499</b>	<b>Total</b>	<b>298.961</b>	<b>Total</b>	<b>339.619</b>

Fonte: Elaborado pelo autor (2025), com base no Censo Demográfico 2022 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2023

Quadro 2 - Configuração da Região de Saúde do Sertão Central, por ADS, municípios e população

Superintendência da Região de Saúde do Sertão Central - SRCEN					
Total da População da Região do Sertão Central: 618.818 habitantes					
ADS CANINDÉ		SEDE QUIXADÁ		ADS TAUÁ	
Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População
Boa Viagem	50.411	Banabuiú	17.195	Aiuaba	14.076
Canindé	74.174	Chorô	12.113	Arneiroz	7.429
Caridade	16.377	Ibaretama	11.956	Parambu	31.445
Itatira	20.424	Ibicutinga	11.611	Tauá	61.227
Madalena	16.896	Milhã	14.123		
Paramoti	10.384	Pedra Branca	40.187		
		Quixadá	84.168		
		Quixeramobim	82.177		
		Senador Pompeu	24.266		
		Solonópoles	18.179		
<b>Total</b>	<b>188.666</b>	<b>Total</b>	<b>315.975</b>	<b>Total</b>	<b>114.177</b>

Fonte: Elaborado pelo autor (2025), com base no Censo Demográfico 2022 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2023



Senador Sá	7.262								
Sobral	203.023								
Uruoca	13.746								
Varjota	18.105								
<b>Total</b>	<b>630.898</b>	<b>Total</b>	<b>244.864</b>	<b>Total</b>	<b>322.334</b>	<b>Total</b>	<b>292.369</b>	<b>Total</b>	<b>153.545</b>

Fonte: Elaborado pelo autor (2025), com base no Censo Demográfico 2022 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2023

#### Quadro 5 - Configuração da Região de Saúde do Sul, por ADS, municípios e população

Superintendência da Região de Saúde do Cariri - SRSUL									
Total da população da Região do Cariri: 1.447.729 habitantes									
ADS ICÓ		ADS IGUATU		ADS BREJO SANTO		ADS CRATO		SEDE JUAZEIRO DO NORTE	
Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População	Municípios	População
Baixio	5.704	Acopiara	44.962	Abaicara	10.038	Altaneira	6.782	Barbalha	75.033
Cedro	22.344	Cariús	17.015	Aurora	23.714	Antonina do Norte	7.245	Caririaçu	26.320
Icó	62.642	Catarina	10.243	Barro	19.381	Araripe	19.783	Granjeiro	4.841
Ipaumirim	12.083	Irapuã Pinheiro	8.932	Brejo Santo	51.090	Assaré	21.697	Jardim	27.411
Lavras da Mangabeira	30.802	Iguatu	98.064	Jati	7.861	Campos Sales	25.135	Juazeiro do Norte	286.120
Orós	19.675	Jucás	23.922	Mauriti	45.561	Crato	131.050	Missão Velha	36.822
Umari	6.871	Mombaça	37.735	Milagres	25.900	Farias Brito	18.217		
		Piquet Carneiro	16.616	Penaforte	8.972	Nova Olinda	15.399		
		Quixelô	15.910	Porteiras	17.050	Potengi	8.833		
		Saboeiro	13.854			Salitre	16.633		
						Santana do Cariri	16.954		
						Tarrafas	7.529		
						Várzea Alegre	38.984		
<b>Total</b>	<b>160.121</b>	<b>Total</b>	<b>287.253</b>	<b>Total</b>	<b>209.567</b>	<b>Total</b>	<b>334.241</b>	<b>Total</b>	<b>456.547</b>

Fonte: Elaborado pelo autor (2025), com base no Censo Demográfico 2022 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2023

### **3.3. Acordos e Pactos entre as Instâncias de Gestão**

Legalmente a PEIH foi pactuada por meio de proposta apresentada ao Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU/CE). Posteriormente, foi publicada no Diário Oficial do Estado do Ceará (DOE) por meio da Resolução nº 53/2021, que aprovou a PEIH para o período de 01 de novembro de 2021 a 31 de dezembro de 2023. A política estabelece normas das Políticas Nacionais de Saúde do SUS e diretrizes para acompanhamento, monitoramento e análise pelo CESAU/CE (Ceará, 2021).

Um dos critérios para adesão à PEIH é a exigência do alvará sanitário, conforme a Lei nº 6.437/1977, que trata das infrações à legislação sanitária federal e respectivas sanções. A política foi formalmente pactuada por meio da Resolução nº 144/2021 da CIB/CE, estabelecendo diretrizes para hospitais de referência regional, estratégicos e hospitais locais de pequeno porte no período 2021-2023 (Ceará, 2021).

Ao longo dos anos, diversas resoluções consolidaram essa política, como a Resolução nº 62/2017 do CESAU/CE, que estabeleceu critérios para classificação e adesão dos hospitais, valores dos incentivos e processos de monitoramento e avaliação. Em 2019, a Resolução nº 58/2019 prorrogou a política vigente e aprovou o Programa Estadual de Incentivo Hospitalar. Em 2021, a Resolução nº 48/2021 prorrogou a PEIH até 30 de outubro de 2021 para hospitais macrorregionais, polos, estratégicos e de pequeno porte (Ceará, 2021).

### **3.4. Modelos de Financiamento do Sistema de Saúde**

O financiamento público é uma das principais formas pelas quais a população tem acesso aos serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme previsto na Constituição e na Lei Federal nº 8.080/1990. Essa lei, em seu Título V, aborda o financiamento nos Capítulos I (dos recursos) e II (da gestão financeira), determinando que o orçamento da seguridade social deve alocar os recursos necessários ao SUS, de acordo com a receita estimada. A proposta orçamentária é elaborada pela direção nacional do SUS, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, considerando as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias. Além disso, as receitas geradas pelo SUS são creditadas diretamente em contas especiais, sendo movimentadas pela sua direção, no âmbito de poder onde forem arrecadadas. A legislação também estabelece os percentuais a serem aplicados em saúde, a divisão e o repasse de recursos entre as esferas federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, além de outras fontes (Brasil, 1990a,b).

A Lei Federal nº 8.142/1990 regula a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Ela determina que os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) sejam aplicados nas seguintes áreas: I – despesas de custeio e capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, tanto na administração direta quanto indireta; II – investimentos previstos na lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; III – investimentos programados no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; IV – financiamento das ações e serviços de saúde a serem executados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, incluindo investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar, além de outras ações de saúde (Brasil, 1990a,b).

Os novos paradigmas constitucionais estabeleceram a responsabilidade compartilhada pelo financiamento da saúde entre as três esferas de governo, criando um orçamento nacional para o SUS, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29/2000) pelo Congresso Nacional. Este marco histórico no financiamento da saúde confirmou a vinculação de recursos da seguridade social, estabelecendo percentuais mínimos de aplicação da Receita Corrente Líquida (RCL) para os Estados (12%) e os Municípios (15%) (Brasil, 2000).

No ano de 2012 foi sancionada a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que desempenha um papel fundamental no fortalecimento e na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Esta lei, que regulamenta o financiamento da saúde pública no país, estabelece diretrizes claras sobre os recursos a serem aplicados pelos entes federativos na área da saúde, com o objetivo de garantir o cumprimento das políticas públicas de saúde de forma mais eficiente e transparente. A LC 141/2012 representa um marco na implementação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000, que trata das receitas e despesas com saúde no Brasil (Brasil, 2012b).

Entre as principais disposições da Lei Complementar nº 141, destacam-se: I – a definição do valor mínimo e as normas para o cálculo do montante que a União deve aplicar anualmente em ações e serviços públicos de saúde; II – os percentuais mínimos da arrecadação de impostos que devem ser aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde; III – os critérios de distribuição dos recursos da União vinculados à saúde para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, assim como dos recursos estaduais destinados aos seus respectivos Municípios, com o objetivo de promover a redução das desigualdades regionais; IV – as normas para fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (Brasil, 2012b).



Além disso, a LC 141/2012 estabelece a obrigatoriedade da transparência e da prestação de contas sobre os investimentos em saúde. Os governos devem divulgar, de forma acessível e clara, os recursos destinados à saúde, possibilitando um controle social mais eficiente. Outro ponto relevante é a definição das áreas prioritárias para os investimentos, incluindo a atenção básica, a média e alta complexidade, além de garantir a cobertura e a eficácia das políticas de saúde nas esferas estaduais e municipais (Brasil, 2012b).

O financiamento desta política segue a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta a aplicação de recursos pelos entes federativos. Essa lei define valores mínimos a serem investidos na saúde por União, Estados e Municípios, bem como os critérios para repasse dos recursos e normas de fiscalização, (Brasil, 2012b).

Conforme Piola, Benevides e Vieira (2018), a LC 141/2012 regulamentou o conceito de ações e serviços públicos de saúde (ASPS), estabelecendo as normas de fiscalização, avaliação e controle, além de definir os critérios de distribuição aplicáveis às transferências de recursos entre as diferentes esferas de governo no SUS. Ela proporcionou uma oportunidade única para a criação de um modelo de alocação de recursos que priorizasse a equidade, promovendo, assim, a redução das desigualdades entre as diversas regiões do Brasil (Piola; Benevides; Vieira, 2018).

As definições estabelecidas pela LC 141/2012, ao regulamentar o que pode ser considerado como ações e serviços públicos de saúde (ASPS), têm como objetivo eliminar interpretações ambíguas na alocação de despesas com saúde. Além disso, essas definições se tornam ainda mais essenciais diante da crescente demanda por serviços de saúde, que contrasta com os recursos limitados para seu financiamento, tornando indispensável essa delimitação. Assim, no seu artigo 3º, a lei estabeleceu:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de

recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;  
 X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;  
 XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e  
 XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde (Brasil, 2012b).

De acordo com Piola, Benevides e Vieira (2018), a LC nº 141/2012 fez um avanço importante ao estabelecer uma diretriz geral para a metodologia de rateio, orientando que as transferências de recursos devem levar em consideração as necessidades de saúde da população e buscar reduzir as desigualdades regionais. A falta de tais orientações mais amplas foi uma das limitações identificadas na regulamentação anterior. Além disso, essa lei incorporou a dimensão socioeconômica entre os critérios de rateio, algo ausente na Lei nº 8.080/1990, permitindo assim a consideração de uma variável essencial na definição das necessidades de saúde. A questão que se coloca, então, é como essas necessidades de saúde devem ser avaliadas e dimensionadas (Piola; Benevides; Vieira, 2018).

Assim, tais diretrizes não apenas fortalecem a sustentabilidade financeira do SUS, como também impõem aos entes federativos o compromisso de alocar dotação orçamentária e financeira compatível com as necessidades de saúde da população. No Ceará, esse arcabouço normativo representa um avanço significativo na gestão pública da saúde, ao orientar a aplicação dos recursos de forma equitativa, transparente e fundamentada em critérios objetivos. A vinculação entre planejamento, orçamento e execução contribui para a consolidação de uma rede hospitalar mais resolutiva e eficiente, promovendo o acesso qualificado aos serviços e a redução das desigualdades regionais. Dessa forma, a política de incentivos hospitalares, quando sustentada por disponibilidade orçamentária e financeira adequada, potencializa o desenvolvimento sustentável do sistema estadual de saúde.

### **3.5. Política Estadual de Incentivo Hospitalar**

A Política Estadual de Incentivo Hospitalar constitui uma das principais estratégias do Governo do Ceará para o fortalecimento da Atenção Hospitalar, visando promover sua organização de forma descentralizada e regionalizada. Essa abordagem tem como objetivo ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, garantindo que estes estejam mais próximos do cidadão e atendam de maneira mais eficiente às necessidades locais de saúde (Ceará, 2021).

Ao longo dos anos, a política tem sido continuamente aprimorada por meio de um

processo amplo de discussão e avaliação de seus resultados, com a participação de técnicos da SESA nos níveis regional e central, além de membros da Câmara Técnica de Gestão, Planejamento e Financiamento da CIB, da Câmara Técnica de Acompanhamento da Regionalização da Assistência do SUS (CANOAS) do Conselho Estadual de Saúde e da Assessoria do COSEMS/CE.

A nova Política de Incentivo foi coordenada pela Secretaria Executiva de Políticas de Saúde (SEPOS), por meio da Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado (COGEC). Esse processo contou com a colaboração de diversas instâncias e órgãos, incluindo a extinta Coordenadoria de Atenção à Saúde (COASA/SEADE), as Superintendências Regionais de Saúde da SEADE e a Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle (CORAC/SEADE), que atualmente está vinculada à Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVIG). Essa articulação entre diferentes setores e entidades foi essencial para garantir uma revisão abrangente e alinhada às necessidades atuais da gestão do cuidado e da saúde pública no estado (Ceará, 2021).

Esta política foi formalizada por meio de uma pactuação que abrange o período de novembro de 2021 a dezembro de 2023, tendo como princípio central o fortalecimento do Sistema Regional de Saúde, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Lei Estadual nº 17.006/2019. O objetivo desse fortalecimento é promover a integração e a maior eficiência dos serviços de saúde, com a finalidade de expandir o acesso da população aos serviços e aprimorar a qualidade do atendimento em todas as regiões do estado (Ceará, 2021).

Considerando a Resolução nº 53/2021, do Conselho Estadual de Saúde do Ceará (Cesau/CE), que aprova a Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, com vigência de 1º de novembro de 2021 a 31 de dezembro de 2023, é possível observar um avanço significativo nas estratégias de fortalecimento da rede hospitalar do estado. Esta política visa aprimorar a qualidade dos serviços de saúde e garantir uma distribuição mais equitativa dos recursos hospitalares, atendendo às demandas específicas das regiões e dos hospitais de pequeno porte, fundamentais para o acesso da população aos cuidados de saúde (Ceará, 2021).

O objetivo geral da PEIH, é ampliar o acesso da população a serviços hospitalares dentro das Regiões de Saúde, aproximando-os dos cidadãos. Assim, a elaboração da nova política foi fundamentada em estudos e levantamentos, incluindo a análise da série histórica da produção hospitalar financiada por recursos federais e estaduais, dados de transferências e internações do Sistema de Regulação Estadual, percentuais de atendimentos locais e regionais, e a capacidade de leitos cadastrados no CNES. Além disso, houve alinhamento com as Redes

de Atenção Prioritárias, avaliação das pactuações da PPI e análise do impacto financeiro, garantindo uma proposta baseada em dados concretos e na realidade assistencial (Ceará, 2021).

A construção e implementação da nova Política seguiu diversas etapas, iniciando com a elaboração da proposta pela Secretaria Executiva de Política de Saúde, seguida da validação de critérios, indicadores e metas pelas equipes técnicas da SESA. Após discussões e alinhamentos entre secretarias, a proposta foi apresentada e pactuada na CIB, debatida na CANOAS e aprovada pelo CESAU. Em seguida, houve visitas técnicas às unidades hospitalares para verificar a adequação aos requisitos, formalização dos contratos pelos municípios, envio à SEADE e ampla divulgação. Por fim, a política passou a ser monitorada e avaliada continuamente quanto ao seu desempenho e resultados (Ceará, 2021).

A PEIH baseia-se em diretrizes que garantem o acesso regulado aos serviços de saúde de referência regional, assegurando cuidado integral ao cidadão, incluindo exames e tratamentos. Prioriza boas práticas, qualidade e segurança para pacientes e trabalhadores, além do cumprimento dos serviços contratualizados. Também enfatiza a participação da comunidade por meio dos Conselhos de Saúde, o monitoramento contínuo pelos gestores municipais e estaduais, e a transparência das informações e resultados, sempre com foco no interesse público (Ceará, 2021).

A PEIH está fundamentada em diversos instrumentos legais, incluindo a Lei Complementar nº 141/2012, que define os investimentos mínimos em saúde e a fiscalização dos recursos, e as Portarias de Consolidação nº 1, 2, 3, 4 e 5/2017, que regulamentam o funcionamento do SUS, a participação da iniciativa privada, a contratualização hospitalar e a organização das Redes de Atenção. Também se baseia na Portaria GM/MS nº 529/2013 e suas alterações, que instituem o Programa Nacional de Segurança do Paciente, além das RDCs nº 36/2013 e nº 63/2011, que estabelecem diretrizes para a segurança do paciente e boas práticas nos serviços de saúde. Por fim, apoia-se na Lei nº 6.437/1977, que define infrações e sanções na legislação sanitária federal (Ceará, 2021).

Para aderir à PEIH, a unidade deve manter seus dados atualizados no CNES, dispor de infraestrutura adequada, incluindo equipe qualificada e equipamentos, e garantir funcionamento 24h com especialistas conforme as especialidades contratualizadas. Além disso, deve disponibilizar serviços para as Centrais de Regulação Regional e Estadual, realizar exames necessários, cumprir metas estabelecidas com prestação de contas via SIH, possuir gerador de energia conforme a RDC nº 50/2002 e apresentar Alvará Sanitário ou o protocolo de sua solicitação. A unidade também deve submeter-se a avaliações sistemáticas e seguir as diretrizes do Gestor Estadual e da legislação vigente (Ceará, 2021).

A habilitação e o monitoramento das clínicas médicas nos Hospitais Polo Tipo III e IV seguem critérios específicos conforme a especialidade. Para habilitação, às unidades devem possuir um número mínimo de leitos, garantir médicos plantonistas 24h, ofertar serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e disponibilizar leitos para o sistema de regulação estadual. Áreas como saúde mental, cirurgia, obstetrícia, neonatologia e ortopedia exigem infraestrutura adequada, incluindo blocos cirúrgicos equipados e equipes multiprofissionais (Ceará, 2021).

Além disso, a adesão das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) à PEIH requer cumprimento das normas vigentes, habilitação ou processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde, além da oferta mínima de leitos de UTI adulto, pediátrico ou neonatal. Os hospitais devem garantir acesso a serviços de diagnóstico, contar com equipes especializadas e manter estrutura conforme regulamentações da ANVISA. A inclusão de novos hospitais na política dependerá da disponibilidade orçamentária da Secretaria de Saúde, pactuação na CIB/CE e aprovação pelo Cesau (Ceará, 2021).

Para permanecer na PEIH, a unidade deve atender integralmente aos requisitos estabelecidos. Caso contrário, terá um prazo de 30 dias para apresentar um Plano de Ação com cronograma de adequação, sujeito à avaliação da Comissão de Avaliação da SESA. Além disso, deve manter uma taxa de ocupação hospitalar mínima de 50% em 2021, aumentando para 70% em 2023, garantir a contrarreferência dos pacientes para continuidade do cuidado na Atenção Primária e dispor de um sistema de informação integrado com prontuário eletrônico compatível com os sistemas estaduais (Integra SIH e/ou VITAE) (Ceará, 2021).

Quanto às responsabilidades e obrigações, a Secretaria da Saúde do Estado é responsável por coordenar a Política de Incentivo, estabelecendo normas, diretrizes e regulando a atenção à saúde. Ela deve monitorar e avaliar o desempenho das unidades de saúde, garantir a transparência nos dados e repassar recursos financeiros aos Fundos Municipais de Saúde. A Secretária Municipal, por sua vez, coordena a implantação da política no nível local, garantindo a contratualização, execução e controle dos serviços, bem como monitorando a qualidade dos serviços prestados. Ela também é responsável por repassar recursos aos prestadores contratados e realizar auditorias e inspeções regulares (Ceará, 2021).

Os hospitais contratualizados devem garantir infraestrutura, equipamentos e pessoal qualificado, manter os registros atualizados, e assegurar a acessibilidade, gratuidade e qualidade dos serviços de saúde prestados aos usuários do SUS. Além disso, devem implantar prontuários eletrônicos, disponibilizar leitos na Central de Regulação Estadual e garantir a prevenção de acidentes de trabalho com o fornecimento adequado de Equipamento de Proteção Individual

(EPI). Hospitais polos devem ainda implementar Núcleos Internos de Regulação (NIR) e garantir a gestão técnica adequada durante o período de funcionamento (Ceará, 2021).

Os recursos destinados à PEIH devem estar previstos no Plano Plurianual (PPA) e na Programação Anual de Saúde (PAS), sendo utilizados conforme o Relatório Anual de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde. A execução será realizada por meio da Lei Orçamentária Anual (LOA) e da programação orçamentária aprovada pelo Comitê de Gestão por Resultados e Gestão Fiscal (COGERF). O repasse mensal dos recursos ocorrerá de forma regular e automática do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS), em conformidade com a Lei Complementar Nº 141/2012 (Ceará, 2021).

O valor mensal de custeio por clínica médica especializada em hospital regional, integrado à PEIH, varia conforme o porte do hospital, com um valor de R\$ 80.900,00 para hospitais de Porte III e R\$ 93.330,00 para hospitais de Porte IV, para diversas especialidades, como Clínica Médica, Cirúrgica, Obstétrica, Pediátrica, Neonatológica, Traumato-ortopédica, Anestesiológica e de Saúde Mental. O incentivo de custeio do Instituto Dr. José Frota (IJF) foi fixado em R\$ 6.000.000,00 mensais (Ceará, 2021).

Para as UTI com 10 leitos habilitados pelo Ministério da Saúde (MS), o valor mensal do incentivo é de R\$ 336.384,00 para os hospitais de Porte III e IV, tanto para UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal. Se o hospital não tiver 10 leitos habilitados, a complementação será proporcional ao número de leitos. Para as UTIs em processo de habilitação, os valores são calculados com base na diária de R\$ 1.600,00 e pagos por até 6 meses durante o processo de credenciamento. Após a habilitação, o valor da diária da UTI de Porte II (R\$ 478,72) será deduzido, e o incentivo estadual mensal será ajustado conforme o número de leitos habilitados. O valor mensal do incentivo do Tesouro do Estado para o custeio das Clínicas Médicas dos Hospitais Estratégicos é de R\$ 60.000,00 por clínica, com exceção da Santa Casa de Fortaleza, que manteve o valor estipulado na Resolução nº 58/2019 do CESAU (Ceará, 2021).

Os incentivos para os Hospitais Polos e Estratégicos serão repassados mensalmente aos municípios que estiverem em situação regular. O repasse do primeiro quadrimestre será integral para as clínicas contratualizadas. Nos quadrimestres subsequentes, o repasse será proporcional à produção das unidades: 100% do valor previsto para produção de 95% a 100%, 90% para produção de 80% a menos de 95%, e 80% ou 70% do valor dependendo da produção no segundo ou terceiro quadrimestre, respectivamente. Esses critérios não se aplicam ao Instituto Dr. José Frota (IJF) e os recursos para os HPP's serão calculados conforme a Política Nacional de Hospital de Pequeno Porte. A adesão de novos hospitais dependerá da disponibilidade de recursos e da necessidade da Região de Saúde (Ceará, 2021).

O repasse dos recursos financeiros pode ser suspenso nas seguintes situações: internação de pacientes referenciados para unidades hospitalares de referência regional sem a devida autorização da regulação regional ou estadual, exceto para os hospitais polos (SOPAI e MEAC) sob gestão da SMS de Fortaleza; descumprimento das metas, normas e critérios estabelecidos no contrato entre o Gestor Municipal e o Prestador; falha na alimentação dos sistemas de informações (SIH, CNES, Fast Medic e Saúde Digital) de forma sistemática; e ausência de justificativa para o não cumprimento das metas de produção (Ceará, 2021).

As metas de produção de serviços foram estabelecidas com base na produção média de internações de referência para os hospitais polos, e na produção média de internações totais para os hospitais estratégicos, conforme dados de 2018 a 2020 do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Nos Hospitais Polo, quando não há registro ou a produção média for inferior a quatro internações de referência por mês, a meta foi definida com base na capacidade de oferta de leitos. Para os Hospitais Estratégicos, na ausência de registro de produção, a meta também foi determinada pela capacidade de oferta de leitos.

O monitoramento da política será realizado por todos os entes envolvidos, incluindo a SESA, a Secretaria da Saúde do Município, prestadores de serviços e Conselhos de Saúde, respeitando suas competências e responsabilidades. No Estado, a Secretaria Executiva de Atenção à Saúde (SEADE) e suas estruturas regionais, como as Superintendências Regionais de Saúde e Coordenadorias de Atenção à Saúde, serão responsáveis pelo acompanhamento dos hospitais. A qualidade dos serviços será monitorada pela Secretaria de Vigilância e Regulação, através da Coordenadoria de Regulação e Controle do Sistema de Saúde, da Célula de Avaliação da Qualidade, da Coordenadoria de Vigilância Sanitária e da Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde (Ceará, 2021).

Os hospitais incluídos na PEIH serão classificados conforme a tipologia da Rede Assistencial do Estado do Ceará. Os hospitais de Referência Regional Porte IV devem ter mais de 100 leitos, com 50 leitos para hospitais especializados. Os hospitais de Referência Regional Porte III devem ter mais de 50 leitos, com no mínimo 30 leitos para hospitais especializados. Os Hospitais Estratégicos, de 1º nível de referência regional, devem ter mais de 30 leitos e oferecer atendimento médico 24 horas, parto habitual com alojamento, SADT e serviços traumatológicos. Já os Hospitais de Pequeno Porte (HPP), com ou sem Sala de Estabilização, devem ter entre 10 e 30 leitos e também oferecer atendimento médico 24 horas, acesso a SADT, parto habitual com alojamento e leitos de observação.

Quanto à efetividade, a PEIH será avaliada anualmente, com base em indicadores e metas, levando em consideração o porte dos hospitais. Para os Hospitais de Referência Regional

Portes III e IV, os principais indicadores incluem a taxa de ocupação hospitalar, com meta de mais de 70%, a porcentagem de pacientes regulados e admitidos de outros municípios (meta de 20%), e a porcentagem de transferências para outras unidades hospitalares, com meta de menos de 10%. Já para os Hospitais Estratégicos e de Pequeno Porte (HPP), as metas são uma taxa de ocupação superior a 50%, uma porcentagem de transferências para outras unidades de menos de 35%. A verificação será realizada por meio de relatórios de produção de internações e o Sistema de Regulação Estadual.

A tabela 2 apresenta a distribuição das unidades de referência contempladas na PEIH, evidenciando a adesão dos municípios, o número de hospitais polos habilitados, o tipo de unidade (classificada como Porte III ou IV) e a quantidade de clínicas habilitadas por região de saúde. No total, 28 municípios aderiram à política, resultando em 44 unidades hospitalares contempladas. A Região de Saúde Sul (Cariri) destaca-se com o maior número de unidades habilitadas (15) e o maior volume de clínicas (88), seguida pela Região de Fortaleza, com 12 unidades e 49 clínicas habilitadas. Já as regiões Norte (Sobral), Sertão Central e Litoral Leste (Jaguaribe) apresentam números mais modestos, mas ainda relevantes no contexto da descentralização e ampliação da assistência hospitalar. A predominância de unidades de Porte III nas regiões mais interioranas indica um esforço de fortalecimento da atenção hospitalar intermediária fora dos grandes centros. Ao todo, 230 clínicas foram habilitadas, refletindo o alcance territorial da PEIH e seu papel estratégico na regionalização da saúde.

Tabela 2 - Distribuição das Unidades de Referências (Polos) contempladas na PEIH

<b>Hospitais Polos habilitados na PEIH</b>				
<b>Região de Saúde</b>	<b>Total de município com adesão</b>	<b>Quantidade de unidades</b>	<b>Tipo</b>	<b>Clínicas habilitadas</b>
Fortaleza	9	7	Porte III	21
		5	Porte IV	28
Norte (Sobral)	4	4	Porte III	22
		4	Porte IV	19
Sul (Cariri)	8	7	Porte III	34
		8	Porte IV	54
Sertão Central	4	5	Porte III	31
Litoral Leste (Jaguaribe)	3	4	Porte III	21
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>44</b>	<b>-</b>	<b>230</b>

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

Na tabela 3 apresenta-se a distribuição dos Hospitais Estratégicos habilitados na PEIH no Ceará, destacando o número de municípios com adesão, a quantidade de unidades



habilitadas por região de saúde e o total de clínicas associadas. Ao todo, 28 municípios aderiram à política, resultando em 30 unidades hospitalares estratégicas distribuídas entre as cinco regiões do estado. A Região de Saúde Sul (Cariri) concentra o maior número de unidades (12) e clínicas habilitadas (28), evidenciando um papel de destaque na rede hospitalar estratégica. Em seguida, a Região de Fortaleza contabiliza 8 unidades e 18 clínicas. Já as regiões Norte (Sobral), Litoral Leste (Jaguaribe) e Sertão Central apresentam números menores, com destaque para o Litoral Leste, que possui 5 unidades e 10 clínicas. No total, 63 clínicas estão vinculadas aos hospitais estratégicos, o que demonstra o esforço da PEIH em fortalecer pontos-chave da rede hospitalar com capacidade ampliada de assistência, contribuindo para a regionalização e qualificação dos serviços de saúde no estado.

Tabela 3 - Distribuição das Unidades de Referências (Estratégicos) contempladas na PEIH

<b>Hospitais Estratégicos habilitados na PEIH</b>				
<b>Região de Saúde</b>	<b>Total de município com adesão</b>	<b>Quantidade de unidades</b>	<b>Tipo</b>	<b>Clínicas habilitadas</b>
Fortaleza	6	8	Estratégico	18
Norte (Sobral)	3	3	Estratégico	5
Sul (Cariri)	12	12	Estratégico	28
Sertão Central	2	2	Estratégico	2
Litoral Leste (Jaguaribe)	5	5	Estratégico	10
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>30</b>	<b>-</b>	<b>63</b>

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

### 3.6. Aperfeiçoamento Normativo da PEIH no Ceará

A Resolução nº 22/2022, do Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU/CE), aprovou a 1ª revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar (PEIH), com vigência de 1º de março a 30 de junho de 2022. Esta atualização ocorreu em decorrência da habilitação de leitos de UTI (Portaria GM/MS nº 220, de 27/01/2022), e do reajuste dos valores das diárias dos leitos de UTI (Portaria GM/MS nº 160, de 27/01/2022). Parágrafo Único. Foram revisados os itens referentes ao financiamento e forma de repasse, e os Anexos I, III, IV e V. Esta revisão objetivou ajustar as diretrizes e estratégias da política, visando atender de forma mais eficaz às necessidades do sistema de saúde estadual, com foco no fortalecimento da rede hospitalar e na melhoria da gestão dos serviços de saúde (Ceará, 2022a).

O processo de revisão da PEIH incluiu a reavaliação dos parâmetros de incentivo, das condições de gestão hospitalar e da distribuição de recursos, com a intenção de otimizar o

uso dos recursos disponíveis e promover uma maior equidade no acesso aos serviços de saúde. A resolução também buscou aprimorar a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, incentivando a regionalização e descentralização dos serviços hospitalares, de modo a garantir uma resposta mais eficiente às demandas locais da população (Ceará, 2022a).

Esse ajuste na política se alinha aos objetivos do Governo do Ceará de promover a melhoria contínua do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado, ampliando o acesso à assistência de saúde de qualidade, especialmente nos hospitais de pequeno porte e nas unidades de referência regional. A revisão também reflete a busca por uma maior transparência e controle social na aplicação dos recursos destinados à saúde, garantindo a efetividade das ações de cuidado e gestão hospitalar. Conforme programada a 2ª atualização foi aprovada através da Resolução N° 47/2022 – CESAU/CE, onde foi apresentada a proposta de revisão da PEIH, a partir de 1º de julho de 2022:

Art. 1º. Aprovar a 2ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, a partir 1o de julho de 2022, em decorrência do reajuste dos valores das diárias dos leitos de UTI, dos valores dos incentivos das Clínicas Anestesiologia e Traumatologia - Ortopedia concedido sem dedução dos recursos federais alocados através das Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite/CE N° 191/2007 e de N° 101/2009 para os hospitais Polos que apresentaram produção no 1o período de monitoramento desta Política (nov.2021 a fev.2022), e das mudanças das clínicas dos Hospitais Estratégicos Santo Antônio em Jardim, São Vicente Férrer em Lavras da Mangabeira, Hospital e Maternidade Maria Roque de Macedo em Iracema e Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Expectação em Jaguaruana (Ceará, 2022b).

Também foram atualizados os itens relacionados ao financiamento e à forma de repasse, além dos Anexos II, III, IV, V e VI, conforme descrito em anexo. O §2º desta resolução estabelece que os valores destinados ao custeio das UTIs dos Hospitais Polo, especificados no Anexo III, estão condicionados à publicação de portaria do Ministério da Saúde que reajuste a diária das UTIs Tipo II para R\$ 650,00. Caso contrário, deverão ser mantidos os valores previstos no Anexo III da Resolução N° 22/2022 do CESAU-CE, de 20/04/2022.

Em 2023, foi aprovada a Resolução N° 176/2023 - CIB/CE, que modifica o §1º do Art. 1º da Resolução N° 91/2022 - CIB/CE. Essa alteração trata da criação das Comissões Regionais de Avaliação Sistemática de Desempenho da Política Estadual de Incentivo Hospitalar, abrangendo hospitais de Referência Regional, Estratégicos e Hospitais Locais de Pequeno Porte, a serem instituídas pelas CIR, que resolve:

§ 1º. Cada CIR instituirá uma Comissão de Avaliação composta por 08 (oito) membros sendo: 04 (quatro) representantes da Superintendência Regional de Saúde, 02 (dois) do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS/CE) e 02 (dois)

do Controle Social, exceto a CIR Fortaleza que instituirá uma Comissão de Avaliação composta por 09 (nove) membros, sendo: 04 (quatro) representantes da Superintendência Regional de Saúde, 02 (dois) do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), 01 (um) da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e 02 (dois) do Controle Social (Ceará, 2023b).

Após diversas reuniões setoriais da Sesa, com a participação de representantes das áreas de técnicas estratégicas desta Política, foi apreciada a proposta da 3ª revisão, no qual geral a Resolução Nº 36/2023 – CESAU/CE, aprovando a 3ª revisão da PEIH, período de 2021 a 2024, dispondo:

Art.1º. Aprovar a 3ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, com vigência agosto de 2023 até 31 de dezembro de 2024, em decorrência da necessidade de readequação/expansão da Rede de Assistência Hospitalar em atendimento ao princípio organizativo da Regionalização do SUS no Estado (Ceará, 2023c).

Esta terceira revisão trouxe diversas atualizações significativas, incluindo a revisão dos itens relacionados à fundamentação legal, aos critérios de habilitação e monitoramento das clínicas médicas para hospitais polos (tipos III e IV), bem como aos critérios para habilitação e acompanhamento das UTIs. Além disso, foram aprimorados os critérios para permanência na política, as diretrizes sobre o financiamento e a forma de repasse dos incentivos, assim como as metas de desempenho de produção e o monitoramento dos resultados alcançados (Ceará, 2021).

Assim, foram atualizados os anexos referente a metas de Atendimento dos hospitais Polo e Estratégicos, a previsão de custeio mensal dos hospitais polo Estratégico, para 2023 e 2024. Atualmente a PEIH encontra-se em sua 4ª revisão, que foi aprovada através da Resolução Nº 40/2024 - CESAU/CE, com vigência até 31 de dezembro de 2024, em decorrência da necessidade de readequação/expansão da Rede de Assistência Hospitalar em atendimento ao princípio organizativo da Regionalização do SUS no Estado. Em seu parágrafo único versa que:

(...) A Revisão desta Política está apresentada de modo detalhado a seguir os Itens do Texto da Política: 9.3: A partir de julho/2024 os valores dos recursos das clínicas de Média Complexidade serão divididos em 02 (duas) partes: 40% se destinam à população local e 60% à população de outros municípios. O repasse ocorrerá em conformidade com o desempenho das metas estabelecidas para atendimento à população local e de outros municípios. OBS: Não estão incluídas nessa regra as Clínicas de Alta Complexidade, Anestesiológica, Saúde Mental e UTI dos Hospitais Beneficiados. Item do Texto da Política: 10: A partir de julho/2024 as metas para avaliação da produção das clínicas habilitadas nos serviços que fizeram adesão à PEIH, foram estabelecidas tendo como base a série histórica de produção aprovada no período de 2023, exceto para as clínicas obstétricas, pediátrica e neonatológica que será aplicado um percentual de redução de 10% no valor em decorrência da redução do número de Nascidos Vivos e da Sazonalidade dos agravos na população infantil Os dados para cálculo das metas são oriundos do Sistema de Informações Hospitalar

(SIH) (Ceará, 2024a).

Em suma, esta citação destaca a nova lógica de financiamento das clínicas de Média Complexidade, com a divisão dos recursos em função da origem da população atendida, além da definição de metas com base na produção de 2023, ajustadas conforme a sazonalidade e tendência demográfica. Em seguida, a citação abaixo reforça a aplicação desse modelo também aos Hospitais Estratégicos e detalha a proporção de metas entre atendimento local e referenciado, além de especificar que as Clínicas de Alta Complexidade terão regras distintas:

(...) o percentual de redução nas clínicas obstétrica, pediátrica e neonatológica também se aplica aos Hospitais Estratégicos que possuem habilitação nestas clínicas. As metas estabelecidas para as clínicas de Média Complexidade serão divididas em duas partes, 70% referente a meta para atendimento local (população do município sede do estabelecimento) e 30% para atendimento referenciado (população de outros municípios). OBS: Essa regra não se aplica às Clínicas de Alta Complexidade, que terão metas globais estabelecidas conforme produção aprovado no SIH. e Anexos: Metas de Atendimento dos Hospitais Polo, para 2024; Metas de Atendimento dos Hospitais Estratégicos, para 2024; Previsão de Custeio Mensal dos Hospitais Polo e Previsão de Custeio Mensal dos Hospitais Estratégicos (Ceará, 2024b).

No Art. 2º, ressalta que as Comissões Regionais de Monitoramento e Avaliação poderão apresentar justificativas quando do não cumprimento das metas estabelecidas de uma clínica (local ou referenciada) para garantia de pagamento dos incentivos de forma integral nesta clínica. Para ser acatada a justificativa deverá ser embasada e fundamentada tecnicamente com dados, documentos e/ou outras formas de comprovação que esclareçam os motivos para o não atingimento da meta. No Art. 3º, mostra que o cálculo das metas da clínica de cirurgia geral, traumatologia e cardiologia cirúrgica serão retirados os procedimentos realizados nos programas de cirurgias eletivas e financiados com recurso FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação), e no Art. 4º. Esta Resolução passa a ter vigência a partir do mês de competência de Julho de 2024, devendo ser publicada no Diário Oficial do Estado, ficando revogadas as disposições em contrário, inclusive a Resolução nº 31/2024.

Para fins de atualização, considerando a proximidade do encerramento do ano de 2024 e a necessidade de ajustes contínuos diante da evolução do contexto vigente, a 4ª revisão foi prorrogada por meio da Resolução Nº 72/2025 - CESAUC/CE (Ceará, 2025b). Essa decisão, fundamentada na necessidade de garantir a adequação e a continuidade das diretrizes estabelecidas, estendeu a vigência da revisão até 31 de dezembro de 2025, assegurando sua aplicabilidade e relevância ao longo do próximo período.

## **4 OS GESTORES DA POLÍTICA E SUAS NARRATIVAS: RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Este capítulo apresenta os resultados da análise dos participantes da pesquisa realizada com os Superintendentes Regionais de Saúde do Ceará, principais responsáveis pela condução das políticas públicas de saúde em cada região do estado. As percepções desses gestores são fundamentais para compreender como se dá o acesso aos serviços hospitalares integrados nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), além de avaliar a eficiência desses serviços e os resultados sanitários alcançados a partir da implementação da Política Estadual de Incentivo Hospitalar (PEIH).

### **4.1. A importância dos gestores estaduais na condução da política**

Diante da importância do trabalho dos Superintendentes Regionais nos territórios de saúde, que têm o papel de coordenar e apoiar a execução das políticas públicas de saúde, realizamos a aplicação de questionário, aplicadas via arquivo digital, aos 05 (cinco) gestores estaduais que respondem pela Região de Saúde, ou seja, atuam diretamente na PEIH e acompanham sua execução em todo o Ceará.

A pesquisa alcançou ampla adesão, uma vez que 100% dos gestores convidados aceitaram participar da aplicação do questionário. Esse resultado garantiu um excelente aproveitamento das experiências loco-regionais, possibilitando a coleta de percepções consistentes e representativas sobre a implementação da PEIH nas diferentes Regiões de Saúde do Ceará.

As perguntas foram formuladas de forma direta e com linguagem simples, para facilitar a compreensão e permitir respostas mais transparentes e sinceras. Alguns gestores optaram por respostas mais detalhadas e descritivas; outros preferiram ser mais objetivos, com respostas curtas e sem maiores explicações. Isso pode estar relacionado à experiência de cada um na gestão ou até mesmo ao receio de exposição, apesar de termos garantido o sigilo das informações.

Cabe destacar que o convite para participar da pesquisa foi feito em caráter formal e respeitoso, reforçando que o objetivo era contribuir com possíveis melhorias e atualizações da PEIH. Também foi garantida total liberdade para que os gestores pudessem expressar suas opiniões e percepções de forma aberta e detalhada.



pesquisados. O destaque para termos como “sempre” já indica pontos importantes que serão aprofundados a seguir, como a necessidade de ampliar o conhecimento sobre a política, e discutir mais a fundo o incentivo hospitalar.

#### **4.2 Perfil profissional dos gestores estaduais**

Nesta primeira fase da pesquisa, foram pesquisados os cinco gestores estaduais, identificados como G1 (Fortaleza), G2 (Cariri), G3 (Sertão Central), G4 (Vale do Jaguaribe) e G5 (Sobral), assegurando o sigilo de suas identidades conforme os princípios éticos da pesquisa.

Observa-se uma diversidade geracional, com idades variando de 31 a 59 anos. O participante mais jovem (G1) tem 31 anos, enquanto o mais experiente em termos de idade é G2, com 59 anos. Essa amplitude etária revela uma composição heterogênea do grupo, tanto em termos de juventude quanto de experiência acumulada ao longo do tempo.

No que se refere ao gênero, três dos pesquisados são do sexo feminino (G2, G4 e G5) e dois do sexo masculino (G1 e G3), refletindo um equilíbrio relativo, embora com leve predominância feminina.

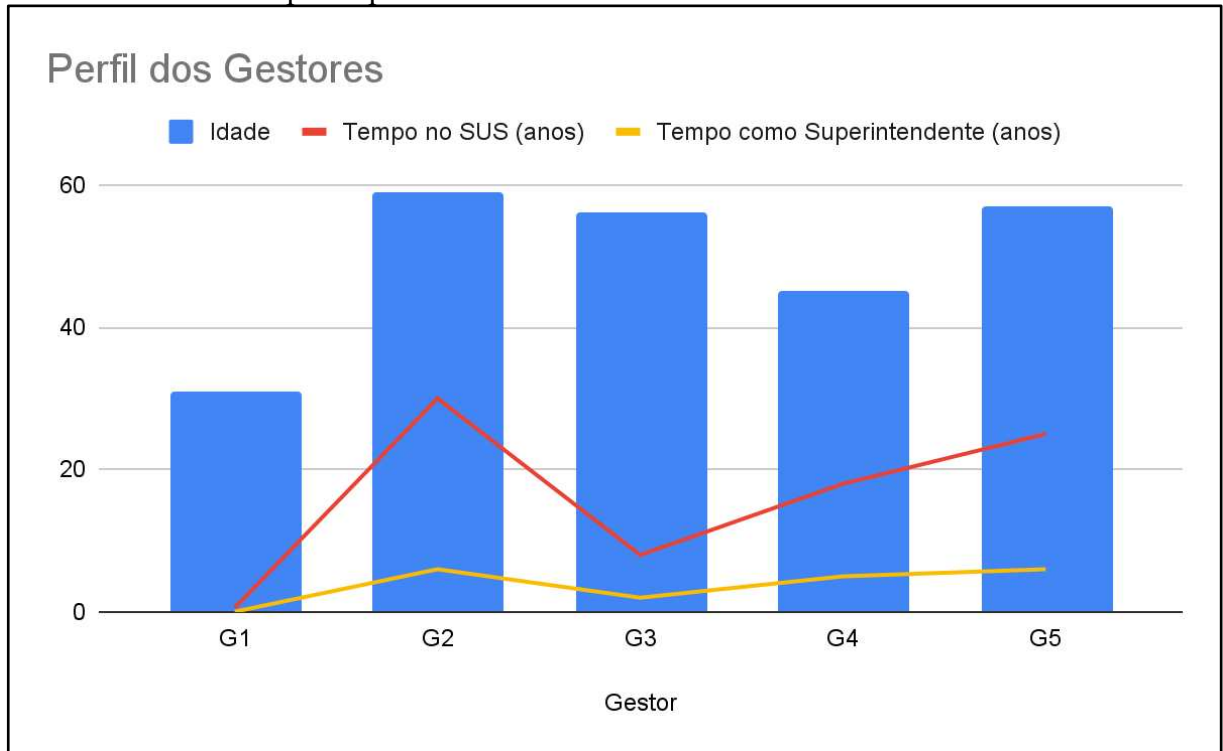
A formação profissional dos participantes é plural, envolvendo diferentes áreas do conhecimento, como Medicina (G1), Direito (G3), Fisioterapia (G5), Serviço Social (G4) e Odontologia (G2). A pluralidade de formações dos gestores regionais mostra que diferentes áreas do conhecimento estão envolvidas na gestão da saúde. Isso ajuda a olhar os problemas e buscar soluções para o SUS de forma mais ampla e completa, considerando as diferentes realidades do território.

No tocante ao tempo de atuação na gestão do SUS, verifica-se uma variação significativa. Os profissionais com maior tempo de experiência são G2 (30 anos) e G5 (25 anos), o que pode indicar acúmulo de vivências e compreensão estruturada sobre o funcionamento do sistema. Por outro lado, G1 apresenta apenas 7 meses e 2 semanas de atuação, revelando um perfil mais recente, o que pode trazer ideias mais novas e atualizadas, mas que ainda estão sendo construídas e ganhando experiência dentro da prática da gestão pública.

Já quanto ao tempo no cargo de Superintendente Regional, a maioria dos gestores possui mais de 2 anos de atuação, com destaque para G2 e G5 (ambos com 6 anos). G4 aparece com 5 anos de experiência, G3 com 2 anos e, novamente, G1 se destaca por ser recém-nomeado. Esse dado é importante porque o tempo que a pessoa está no cargo pode influenciar no quanto ela entende as políticas do Estado, como a política de incentivo hospitalar, que é o foco principal da pesquisa.

A seguir, o Gráfico 01 apresenta uma análise comparativa entre três variáveis: idade dos gestores estaduais (barras azuis), tempo de atuação no SUS (linha vermelha) e tempo como Superintendente Regional (linha amarela).

Gráfico 1 - Perfil dos participantes



Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

### 4.3. Impressões da pesquisa: percepções dos gestores

Na sequência, serão apresentadas as respostas dos participantes da pesquisa, colhidas por meio de uma pesquisa descritiva com roteiro de questionário.

#### 4.3.1 Avaliação da implementação da PEIH nas regiões de saúde

A partir das narrativas dos gestores pesquisados, nota-se a presença de percepções distintas quanto à clareza e à aplicabilidade dos critérios utilizados para a definição das metas de produção hospitalar no âmbito da PEIH. As respostas revelam que, embora haja reconhecimento do papel estratégico da política na expansão do acesso e na qualificação da assistência, emergem tensões e desafios relacionados à pactuação e ao cumprimento dessas metas, especialmente em contextos regionais com níveis desiguais de infraestrutura e gestão.

A análise qualitativa, nesse contexto, ajuda a entender melhor esses pontos, porque



permite captar os significados e as interpretações que os gestores dão às situações concretas da política. Como afirma Minayo (2006), a pesquisa qualitativa busca compreender a lógica interna dos grupos e instituições, levando em conta os valores, as relações sociais e os processos históricos e políticos que moldam as práticas e decisões no cotidiano da gestão pública.

Um dos gestores resumiu bem essa preocupação ao afirmar: “Há necessidade de maior articulação com os gestores municipais e hospitalares para garantir a integralidade da política, especialmente no cumprimento das metas qualitativas e quantitativas pactuadas” (G1).

Essa fala evidencia uma das tensões centrais da implementação da PEIH: a necessidade de fortalecer a articulação intergovernamental. Esse ponto é destacado por Albuquerque *et al.* (2018), quando analisam o papel das Comissões Intergestores Regionais (CIR). Segundo os autores, essas comissões são fundamentais para promover a negociação entre os diferentes níveis de governo e coordenar as políticas regionais de saúde, mas ainda enfrentam dificuldades para incorporar todos os atores com influência nas decisões do sistema.

Além disso, ao avaliar políticas públicas, é importante considerar não apenas os resultados formais, como o alcance de metas ou a ampliação da cobertura assistencial, mas também os processos políticos e institucionais que sustentam a implementação dessas políticas. Como afirmam Lima e D’Ascenzi (2019), a avaliação deve observar a política pública como um processo em construção, que envolve disputas, negociações e adaptações contínuas nos territórios. Isso significa que é preciso olhar tanto para os indicadores de desempenho quanto para as condições reais de funcionamento do sistema e as interações entre os gestores e os serviços.

#### ***4.3.2 Desafios na operacionalização da PEIH nas unidades hospitalares***

As respostas dos gestores estaduais mostram que, apesar da PEIH ser reconhecida como uma estratégia importante para fortalecer a rede hospitalar, sua implementação ainda enfrenta muitos desafios no dia a dia. Entre os principais problemas relatados, destacam-se quatro pontos críticos: (1) dificuldade de manter e contratar recursos humanos, (2) resistência institucional às mudanças, (3) fragilidade no monitoramento e avaliação da política e (4) falta de instrumentos reguladores eficazes.

O gestor G5 relatou que há escassez de profissionais de saúde e dificuldade em transferir pacientes entre os hospitais da rede, o que dificulta o cumprimento das metas. Já o gestor G3 reforçou a preocupação com a falta de médicos especialistas, especialmente em determinadas regiões. Essas dificuldades estão relacionadas a um problema histórico do SUS:

a carência e a má distribuição da força de trabalho em saúde, principalmente em áreas onde há menos atratividade para fixação dos profissionais. Como ressaltam Giovanella *et al.* (2012), a formação e a gestão do trabalho em saúde no Brasil ainda sofrem com lacunas que comprometem o acesso e a qualidade da assistência, gerando desigualdades no território nacional.

Outro ponto mencionado foi a resistência das unidades hospitalares diante da possibilidade de sofrerem deduções financeiras quando não atingem as metas. O gestor G4 destacou que essa situação provoca conflitos e dificuldades institucionais, porque alguns serviços resistem à responsabilização por não cumprirem os resultados pactuados. Esse cenário exige mais do que capacidade técnica; demanda o fortalecimento da chamada “capacidade institucional relacional”, ou seja, a habilidade dos gestores de construir confiança, estabelecer compromissos e pactuar responsabilidades de forma colaborativa. Como discutem Albuquerque *et al.* (2018), as instâncias de governança regional, como as Comissões Intergestores Regionais, ainda encontram limites para incorporar essa lógica de corresponsabilidade entre diferentes atores públicos e privados envolvidos na saúde.

Além disso, o gestor G1 trouxe uma crítica importante: “A dependência da avaliação quadrimestral limita a capacidade de resposta oportuna [...]. A ausência de penalidades claras e ações corretivas imediatas compromete a efetividade da política” (G1).

Esse relato reforça a necessidade de pensar a avaliação não apenas como um ato burocrático, mas como uma prática contínua de gestão. Segundo Pinto *et al.* (2022), uma avaliação eficaz deve fornecer informações qualificadas e tempestivas para que os gestores possam corrigir os rumos da política em tempo real, promovendo a melhoria contínua dos serviços e não apenas registrando resultados ao final dos ciclos.

Além disso, a ausência de penalidades e ações corretivas, apontada por G1, revela fragilidades nos mecanismos de fortalecimento da PEIH. Ou seja, mesmo políticas bem estruturadas podem perder força se não houver regras claras de responsabilização e instrumentos que garantam sua efetiva aplicação. Como destacam Lima e D’Ascenzi (2019), políticas públicas só geram os resultados esperados quando são acompanhadas de processos decisórios dinâmicos e de gestão ativa, que vão além do papel e das normativas formais.

#### ***4.3.3 Análise dos critérios de definição das metas de produção hospitalar***

Os relatos dos gestores indicam um consenso parcial sobre a importância do critério histórico na definição das metas hospitalares no âmbito da PEIH. Para três dos cinco

pesquisados (G1, G2 e G5), os critérios são claros e exequíveis, apesar de algumas ressalvas. O gestor G4 concorda com a clareza, mas defende que as metas sejam revisadas periodicamente para acompanhar as mudanças na realidade hospitalar. Já o gestor G3 é mais crítico, destacando que as metas muitas vezes não consideram a real capacidade instalada das unidades.

O gestor G1 sintetiza essa discussão ao explicar:

“As metas são definidas com base na média histórica de produção do ano anterior, conforme descrito no item 10 da Resolução nº 40/2024. Essa abordagem contribui para maior previsibilidade, embora não contemple adequadamente oscilações sazonais ou mudanças estruturais em algumas unidades, o que pode afetar a execução em regiões com fluxos populacionais variáveis.”

Essa fala ilustra um dilema típico da gestão pública: equilibrar a necessidade de padronização com a complexidade dos territórios e das realidades locais. Como destacam Giovanella *et al.* (2012), o sistema de saúde brasileiro precisa lidar com a diversidade regional e com as diferentes capacidades instaladas dos serviços, evitando soluções únicas para contextos tão distintos.

O gestor G3 aprofunda essa crítica ao afirmar que: “Atualmente a meta foi estimada utilizando a produção do ano de 2023 como referência, não considerando a capacidade instalada... quando soma-se a produção local e de referência, ultrapassa a capacidade instalada dos leitos.”

Esse depoimento revela um risco da aplicação automática do histórico de produção: transformar a meta em uma fonte de pressão e punição, e não em um instrumento de melhoria da assistência. Como apontam Lima e D’Ascenzi (2019), a implementação de políticas públicas não é neutra nem linear, pois envolve ajustes, negociações e o reconhecimento dos limites da capacidade instalada. Uma política bem-sucedida precisa dialogar com a realidade do território e das instituições envolvidas.

Nessa perspectiva, a avaliação qualitativa se torna essencial, pois dá voz aos gestores e profissionais da ponta, reconhecendo seus saberes e experiências como elementos centrais da análise das políticas públicas. Como defendem Pinto *et al.* (2022), essa abordagem valoriza a participação e favorece a correção de rumos, fortalecendo a governança e o aperfeiçoamento da gestão pública.

Além disso, o gestor G5 reforça a importância da revisão periódica das metas como estratégia para adaptar a política às mudanças do contexto: “Após a 3ª revisão foram feitos ajustes que adequaram-se à realidade.”

Essa postura dialoga com a ideia de governança adaptativa, em que o foco não está

na rigidez técnica, mas na capacidade de aprender e revisar os critérios de forma contínua, garantindo maior efetividade e sustentabilidade da política no tempo (Albuquerque *et al.*, 2018).

#### **4.3.4 Estratégias de monitoramento e avaliação da produção hospitalar na PEIH**

As falas dos gestores revelam um conjunto de práticas institucionais diversas adotadas para monitorar a produção hospitalar vinculada à PEIH. Entre elas, destacam-se: criação de comissões regionais de avaliação (G2, G5); realização de visitas técnicas in loco (G1, G4); reuniões periódicas com equipes gestoras e comissões de análise (G3); uso de ferramentas de apoio como checklists, planos de ação corretiva e análise de dados oriundos dos sistemas de informação (G1, G3, G5).

Esse conjunto de estratégias aponta para o reconhecimento, por parte das Superintendências, de que o monitoramento efetivo é condição essencial para a governança da política. Como observa o gestor G5:

“Na SRNOR existe a comissão de avaliação dos hospitais que reúne-se quadrimestralmente para avaliação da produção quantitativa e qualitativa [...] fazemos a devolutiva aos hospitais e pedimos um plano de ação para correção dos erros que houver.”

Essa prática se aproxima do conceito de avaliação construtiva, que não se limita à mensuração de indicadores, mas propõe a devolução dos resultados aos gestores e a pactuação de ajustes necessários. Segundo Pinto *et al.* (2022), essa abordagem fortalece a capacidade dos serviços e das equipes, promovendo a aprendizagem institucional e estimulando processos de melhoria contínua.

Por sua vez, o gestor G2 destaca:

“Instituição da Comissão de Avaliação Sistemática da PEIH, com representação de secretários, controle social e técnicos da Superintendência [...] fortalecendo o diálogo e apresentando os dados, reforçando sempre a necessidade de centros de inteligência nas unidades.”

Essa fala demonstra que a política pública deve ser entendida como um campo permanente de negociação e disputa. Para Lima e D’Ascenzi (2019), a construção coletiva da avaliação, envolvendo diferentes atores, é uma forma de legitimar as políticas e promover ajustes necessários durante sua implementação.

O gestor G1 reconhece os avanços, mas aponta uma limitação: “As visitas ainda

são pontuais e poderiam ser otimizadas por meio de um sistema de monitoramento mais dinâmico e contínuo.”

Essa crítica reforça a necessidade de sair de um modelo episódico de fiscalização e avançar para estruturas permanentes de monitoramento, que combinem análise de dados em tempo real com inteligência institucional. Como ressalta Albuquerque *et al.* (2018), implementar mecanismos de monitoramento e transparência é fundamental para garantir a eficiência da gestão pública e possibilitar ajustes diante das diferentes realidades locais.

Além disso, como alertam Giovanella *et al.* (2012), a avaliação não deve ser um momento isolado, mas sim parte integrante do ciclo da política, funcionando como ferramenta de gestão e de indução de melhorias, a partir da escuta e da pactuação entre os diferentes níveis do sistema.

#### **4.3.5 Comissão regional de avaliação da PEIH: frequência, atuação e contribuições práticas**

As respostas dos pesquisados apontam para a existência formal e ativa das Comissões Regionais de Avaliação Sistemática em todas as regiões representadas. Os cinco gestores confirmam a composição plural dessas instâncias, que envolvem representantes das Superintendências Regionais de Saúde (SRS), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), do Conselho Estadual de Saúde (CESAU) e, em algum caso, representante da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (G1)

A periodicidade das reuniões é comumente relatada como quadrimestral, com possibilidade de encontros extraordinários. A atuação das comissões é descrita como técnica e deliberativa, voltada à análise dos dados hospitalares e à recomendação de melhorias. O gestor G1 destaca que:

“As reuniões ocorrem após as visitas técnicas e têm como objetivo deliberar sobre o desempenho das unidades, propor melhorias e recomendar ações corretivas. Ainda que estruturada, a atuação da comissão poderia ser mais proativa, com reuniões periódicas previamente agendadas e maior integração com os entes municipais.”

Esse depoimento evidencia uma questão central da avaliação qualitativa: nem sempre a existência formal de um espaço de governança significa que ele esteja cumprindo plenamente sua função prática. Como ressaltam Pinto *et al.* (2022), a efetividade das instâncias avaliadas depende da construção de processos contínuos de aprendizagem e da capacidade de transformar recomendações em ações concretas no cotidiano da gestão.

A composição diversificada das comissões é um ponto positivo destacado pelos pesquisados. O gestor G4 afirma: “Sim. Formada pelos gestores estaduais, municipais e controle social. Avaliação quadrimestral ou sempre que necessário.”

Essa configuração está alinhada aos princípios do controle social e da gestão, do Sistema Único de Saúde (SUS), como previsto na Lei nº 8.142/1990. Segundo Giovanella *et al.* (2012), a inclusão de diferentes segmentos sociais e de gestores nos espaços de decisão fortalece a legitimidade das políticas públicas e amplia a transparência dos processos de gestão.

Apesar disso, a literatura alerta para os desafios práticos dessas instâncias. Como destacam Lima e D’Ascenzi (2019), as comissões podem enfrentar dificuldades relacionadas à regularidade dos encontros, à qualificação técnica dos participantes e à efetiva vinculação das recomendações com as ações concretas das unidades de saúde. Isso revela a necessidade de fortalecer as capacidades institucionais e de criar mecanismos para que as decisões deliberadas não se percam no caminho da implementação.

O funcionamento dessas comissões também pode ser entendido a partir da ideia de governança territorial em saúde, que pressupõe a atuação coordenada de diferentes atores para pactuar, acompanhar e corrigir a execução das políticas públicas. Para Albuquerque *et al.* (2018), a governança regional envolve não apenas o compartilhamento de responsabilidades, mas a construção de estratégias coletivas para superar conflitos e garantir a efetividade das ações no território.

Assim, a análise das respostas dos gestores mostra que as Comissões Regionais de Avaliação Sistêmica são uma ferramenta importante da PEIH para acompanhar a produção hospitalar e induzir melhorias. Entretanto, a qualidade de sua atuação depende de fatores como a regularidade das reuniões, a integração entre os entes federativos e o uso estratégico das informações produzidas.

#### ***4.3.6 Avanços na atenção hospitalar regional com a implementação da PEIH***

As falas dos gestores regionais revelam uma visão amplamente positiva quanto aos efeitos da PEIH na qualificação da atenção hospitalar nas regiões de saúde. Dentre os avanços relatados, destacam-se: Redução das transferências intermunicipais e maior resolutividade regional (G5, G1); Ampliação da oferta de especialidades e leitos (G2, G3); Melhoria na qualidade da assistência e na humanização do cuidado (G3, G2); Fortalecimento institucional e modernização da estrutura hospitalar, com destaque para o parque tecnológico e a busca por habilitações federais (G2).

A fala do gestor G1 sintetiza parte significativa dessas conquistas: “Destaca-se o fortalecimento da rede hospitalar nos municípios mais distantes da capital, com expansão da oferta de especialidades e maior resolutividade nas unidades de referência.”

Essa percepção está alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que busca garantir a integralidade da assistência e a equidade no acesso, sobretudo nos territórios mais vulneráveis e historicamente subfinanciados. Segundo Giovanella *et al.* (2012), políticas de regionalização e fortalecimento das redes de atenção são fundamentais para superar desigualdades e garantir que os serviços de saúde estejam próximos da população, evitando o deslocamento desnecessário para os grandes centros.

A resposta do gestor G2 também oferece um panorama abrangente: “Qualificação da assistência, ampliação de oferta, diálogo, fortalecimento das CORACs, aumento na busca por habilitações federais, modernização do parque tecnológico, desconcentração dos grandes centros.”

Esse relato evidencia não apenas avanços operacionais, mas também institucionais e de gestão, com destaque para o fortalecimento das Coordenadorias de Regulação, Avaliação e Controle (CORACs). Segundo Albuquerque *et al.* (2018), essas comissões cumprem um papel central na organização do acesso e na pactuação de metas regionais, sendo essenciais para a governança do sistema de saúde em um modelo federativo.

Do ponto de vista teórico, essas falas reforçam a importância da avaliação como um processo de escuta e de visibilização dos efeitos produzidos pela política pública. Como defendem Pinto *et al.* (2022), é fundamental valorizar os relatos dos profissionais e gestores da ponta, reconhecendo as mudanças que ocorrem nos processos de trabalho e na experiência do cuidado, mesmo quando esses ganhos são de difícil mensuração. É o caso da “humanização do cuidado” apontada por G3: “Ampliação do acesso / melhoria e qualificação da assistência, além da humanização, pois os usuários ficam mais próximos (no território).”

Esses ganhos simbólicos e relacionais, como a humanização, muitas vezes não aparecem em indicadores tradicionais, mas são componentes essenciais da efetividade das políticas de saúde. Como destacam Lima e D’Ascenzi (2019), a avaliação deve ir além dos números, incorporando aspectos qualitativos e contextuais que permitem compreender as transformações na lógica do cuidado e na experiência do usuário.

Já o gestor G5 sintetiza o impacto direto da política na lógica do cuidado ao afirmar: “Diminuição das transferências, aumento da acessibilidade.”

Esses dois resultados — a redução das transferências e a ampliação do acesso regional — são considerados, na literatura, indicadores indiretos de eficiência do sistema e de

justiça sanitária. Como afirma Giovanella *et al.* (2012), a capacidade de resolver os problemas de saúde no próprio território é um dos pilares da regionalização e contribui diretamente para reduzir as iniquidades em saúde.

#### ***4.3.7 A divisão de metas e recursos por população local e referenciada: contribuições para a organização da rede***

A maioria dos gestores participantes da pesquisa considera positiva a estratégia da PEIH que diferencia metas e repasses financeiros conforme a origem da demanda hospitalar — se do município sede (local) ou de outros municípios da região (referenciada). Quatro dos cinco pesquisados (G1, G2, G4 e G5) avaliam que a medida fortalece a regionalização, qualifica o papel estratégico dos hospitais polo e contribui para maior equilíbrio na oferta de serviços no território. Por outro lado, G3 discorda da segmentação, apontando que a demanda deve ser atendida com base no perfil e capacidade instalada, e não na procedência do paciente.

O gestor G1 destaca que:

“Sim, pois respeita o princípio da regionalização e permite planejamento mais assertivo da rede, com distribuição proporcional de recursos conforme a demanda real. Assim, promove maior equilíbrio entre os territórios e combate os vazios assistenciais nos municípios que não dispõem de hospital polo.”

Essa fala evidencia um aspecto fundamental da avaliação de políticas públicas em saúde: a indução da equidade e da racionalidade na alocação de recursos. Como apontam Giovanella *et al.* (2012), um dos objetivos da regionalização é justamente reduzir as desigualdades no acesso e garantir que os serviços sejam ofertados de forma adequada às necessidades da população de cada território.

De forma complementar, o gestor G2 observa que: “Os hospitais com a tipologia de POLO III e IV que exercem referência solidária [...] são impulsionados pela metodologia de desembolso atrelado a metas (local e referência), o que qualifica a organização do sistema de saúde regional.”

Essa lógica está alinhada ao princípio da regionalização do SUS, previsto nas diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2010), que prevê a hierarquização dos serviços e o papel dos hospitais de referência como pontos estratégicos no sistema. Segundo Albuquerque *et al.* (2018), a diferenciação dos fluxos e a pactuação das responsabilidades entre os entes são essenciais para fortalecer a governança regional e garantir que os hospitais polo



recebam o suporte financeiro necessário para atender não apenas sua população local, mas também a demanda referenciada.

Por outro lado, o gestor G3 apresentou um contraponto importante: “Não. A população não deve ser diferenciada, mas atender conforme necessidade da demanda para o perfil e capacidade instalada, considerando os critérios da PEIH.”

Essa crítica alerta para um risco da segmentação por origem do paciente: a burocratização do cuidado e eventuais conflitos intermunicipais sobre quem deve assumir os custos e responsabilidades pelo atendimento. De acordo com Lima e D’Ascenzi (2019), quando a pactuação regional não é suficientemente clara ou transparente, essas disputas podem comprometer o princípio da integralidade e gerar barreiras no acesso ao cuidado.

A avaliação qualitativa dessas percepções permite compreender que a divisão por origem do paciente funciona como um instrumento de planejamento e regulação da oferta, mas sua eficácia depende da pactuação regional bem estruturada, da clareza nos critérios técnicos e da manutenção do princípio da integralidade da atenção, como reforçam Pinto *et al.* (2022). Ou seja, a estratégia só será bem-sucedida se for construída de forma cooperativa e corresponsável entre os entes envolvidos, respeitando os diferentes contextos e capacidades locais (Pinto *et al.*, 2022).

#### ***4.3.8 Relação entre hospitais beneficiados pela PEIH e municípios não sede: pactuação e cumprimento de metas***

As respostas indicam que, de maneira geral, o relacionamento entre hospitais polo e municípios não sede tem evoluído positivamente, embora ainda existam tensões políticas e falhas na operacionalização de pactos intermunicipais. A maioria dos gestores avalia que há uma articulação funcional e resolutiva, com papel ativo das Superintendências Regionais na mediação dos processos. Como pontua o gestor G3:

“Tem apresentado melhorias significativas. A superintendência tem promovido reuniões de discussão e avaliação e isso tem aproximado os entes, melhorado a comunicação, promovido avanços na implementação e melhoria do acesso aos serviços.”

Esse relato evidencia a importância da governança regional compartilhada para consolidar a regionalização do SUS. Segundo Albuquerque *et al.* (2018), a atuação conjunta de diferentes esferas de governo e a articulação entre gestores locais e regionais são essenciais para

organizar os fluxos assistenciais e resolver conflitos inerentes ao processo de descentralização da saúde.

O gestor G5 complementa ao indicar que a relação entre os entes ocorre dentro de uma lógica de cooperação e responsabilização mútua: “Existe uma boa articulação entre os mesmos, e também a cobrança quando as metas não são alcançadas.”

Esse tipo de “cobrança” representa, na prática, a existência de mecanismos de monitoramento e controle de desempenho. Para Pinto *et al.* (2022), esses instrumentos são fundamentais para fortalecer a cultura da corresponsabilidade e estimular a indução de resultados coletivos em políticas públicas, especialmente em contextos de gestão compartilhada como o do SUS.

Por outro lado, G1 revela uma limitação persistente: “De modo geral, há cooperação entre as unidades hospitalares e os municípios. Contudo, em visita in loco percebemos que há unidades polos que não viabilizam de forma organizada a oferta das vagas para os demais municípios.”

Essa crítica ilustra um dos desafios clássicos da descentralização das políticas públicas: equilibrar a autonomia local com a necessidade de coordenação regional. Como analisam Lima e D’Ascenzi (2019), quando a cooperação não é efetivamente regulada ou quando há falhas na pactuação, surgem barreiras no acesso e distorções na lógica da integralidade da atenção.

O gestor G2 oferece uma visão interessante sobre o caráter filantrópico da rede hospitalar em sua região: “Rede é essencialmente filantrópica, o relacionamento sempre regido por instrumentos jurídicos, segue com a tensão necessária aos processos, sem grandes desavenças [...], mas sempre resolvido dentro do espaço local.”

Essa fala ressalta a presença de hospitais filantrópicos como atores estratégicos na rede de atenção hospitalar do SUS. Como destacam Giovanella *et al.* (2012), a participação do setor filantrópico exige modelos de gestão e regulação híbridos, com contratos bem estruturados, metas pactuadas e mecanismos de controle social, garantindo que o interesse público seja respeitado mesmo em serviços privados conveniados.

#### **4.3.9 Desafios na utilização dos dados do SIH para o planejamento e avaliação da PEIH**

Os depoimentos revelam um consenso entre os gestores quanto às limitações do SIH/SUS, sobretudo relacionadas ao atraso no processamento e na liberação dos dados. Essa defasagem prejudica o uso oportuno das informações para fins de avaliação, acompanhamento

da produção hospitalar e tomada de decisão em tempo hábil. O gestor G1 sintetiza esse cenário:

“Sim, principalmente em razão do tempo no processamento e liberação dos dados pelo Ministério da Saúde, o que compromete a análise adequada da produção. Essa defasagem dificulta o acompanhamento mensal dos indicadores e limita a capacidade de intervir antes do encerramento do quadrimestre, comprometendo decisões estratégicas e a efetividade da avaliação.”

Esse cenário reflete um problema clássico da gestão pública em saúde: a distância entre a produção de dados e a sua capacidade de retroalimentar o processo decisório. Segundo Pinto *et al.* (2022), um dos pilares da avaliação em saúde é justamente a disponibilidade de informações qualificadas, tempestivas e contextualizadas, para viabilizar ajustes rápidos e o aprimoramento das ações.

O gestor G5 também reforça o problema da temporalidade: “Como as informações podem ser repassadas ao sistema em até 120 dias por produção, às vezes acontece atraso.”

Essa prática, prevista na rotina do SIH, gera um intervalo entre o registro das informações e o seu registro no sistema. Isso dificulta a adoção de estratégias de intervenção imediata, limitando a capacidade de resposta da política pública. Como observam Lima e D’Ascenzi (2019), sem informações atualizadas e confiáveis, o ciclo da gestão pública torna-se lento e pouco responsivo, prejudicando a governança e a tomada de decisão baseada em evidências.

No mesmo sentido, G4 e G2 apontam que os dados demoram cerca de três meses para ficarem disponíveis para consulta, o que impacta diretamente o uso dessas informações em ciclos curtos de gestão. Já G3 chama atenção para um ponto estrutural: “A dificuldade específica se dá pelo fato da Central de Regulação. Como na Região do Sertão Central não possui Central de Regulação na região, não temos a disponibilidade de informações em tempo real.”

Essa fala evidencia que, além da limitação sistêmica do SIH/SUS, a falta de infraestrutura local agrava o problema em determinadas regiões, dificultando ainda mais o acesso a dados atualizados. Como ressaltam Albuquerque *et al.* (2018), a governança regional em saúde exige estruturas que garantam a coordenação das informações e a gestão compartilhada dos dados, permitindo decisões mais ágeis e adequadas às necessidades locais.

#### **4.3.10 Propostas para o aprimoramento da execução e da efetividade da PEIH**

As sugestões dos gestores regionais revelam cinco eixos principais de

aprimoramento da PEIH:

1. Fortalecimento do monitoramento e da avaliação em tempo real (G1, G2, G5);
2. Melhoria nos critérios e indicadores utilizados para pactuação de metas (G3, G5);
3. Valorização da interiorização de profissionais e da estrutura hospitalar (G3);
4. Ampliação da participação institucional e intergovernamental (G4);
5. Fomento à transparência e à capacitação das equipes gestoras (G1).

O gestor G1 apresenta uma contribuição robusta, propondo ações estruturantes:

“Sugiro intensificar o monitoramento com periodicidade mensal, criação de alertas automáticos para unidades que apresentem desempenho abaixo do esperado, notificação formal das gestões que não cumprirem os parâmetros pactuados e fortalecimento do diálogo entre diretores hospitalares e secretários municipais. [...] É fundamental fomentar a transparência dos dados e ampliar a capacitação das equipes responsáveis pela gestão da PEIH.”

Essa fala reforça a necessidade de uma avaliação dinâmica, que não seja meramente retrospectiva, mas que funcione como ferramenta de gestão contínua e responsiva. Segundo Pinto *et al.* (2022), a avaliação deve ser incorporada como parte da rotina das políticas públicas, permitindo a correção de rumos em tempo oportuno e o fortalecimento da cultura de gestão baseada em evidências.

O gestor G2, por sua vez, propõe o uso de tecnologias para monitoramento em tempo real e a adoção de indicadores operacionais mais sensíveis: “Ferramenta de monitoramento em tempo real, equipe volante realizando visita de rotina nas unidades, indicadores tais como: taxa de negativa para a central de leitos, taxa de ocupação das UTIs.”

Essa proposta dialoga com o conceito de inteligência sanitária, que preconiza o uso integrado de dados operacionais e indicadores estratégicos para apoiar a gestão cotidiana. Como defendem Lima e D’Ascenzi (2019), a combinação de dados qualitativos e quantitativos potencializa o processo decisório, tornando a gestão mais ágil e adaptativa às necessidades locais.

O aprimoramento dos indicadores qualitativos é também destacado por G5: “Precisamos aprimorar os indicadores qualitativos para que tenhamos melhores respostas.”

Essa crítica é coerente com a literatura de avaliação em saúde, que defende a importância de analisar não apenas o “quanto” se produz, mas o “como” e o “porquê” da execução das ações. Como ressaltam Pinto *et al.* (2022), incluir indicadores qualitativos permite captar aspectos relacionados à experiência do usuário, à qualidade do cuidado e à efetividade

dos processos, enriquecendo a análise e orientando melhorias.

O gestor G3 amplia o debate ao apontar determinantes estruturais, como a escassez de médicos especialistas e a necessidade de rever a divisão de metas: “Articular estratégias de estimular a interiorização de médicos especialistas/Aumentar o recurso de incentivo das clínicas / Rever os critérios e a divisão das metas.”

Essa sugestão demonstra que a efetividade da PEIH depende também da articulação com políticas de trabalho e provimento de profissionais. Como destacam Giovanella *et al.* (2012), a fixação de especialistas em regiões interioranas é um dos principais desafios da regionalização, pois envolve questões relacionadas à atratividade dos territórios e à infraestrutura disponível.

Por fim, o gestor G4 propõe o fortalecimento da participação política e institucional nas instâncias decisórias: “Convidar para reunião superintendentes, COSEMS e nível central SESA, bem como controle social.”

Essa proposta valoriza a governança colaborativa e a corresponsabilidade na gestão do sistema. Segundo Albuquerque *et al.* (2018), a ampliação do diálogo intergovernamental e a inclusão do controle social nas discussões são fundamentais para fortalecer o pacto federativo no SUS e garantir legitimidade às decisões.

#### **4.4 Síntese dos principais achados**

Este estudo mostrou que a PEIH é considerada essencial para melhorar o acesso aos serviços hospitalares nas regiões do estado. Os gestores relataram avanços importantes, como a ampliação da oferta de especialidades e leitos em hospitais do interior, a diminuição das transferências de pacientes entre municípios e a melhoria da qualidade do atendimento. Para eles, a PEIH ajuda a fortalecer a rede hospitalar e torna o atendimento mais próximo da população, o que humaniza o cuidado e facilita o acesso.

Por outro lado, os gestores também apontaram desafios que ainda precisam ser enfrentados. Entre eles, destacam-se a dificuldade de contratar e manter profissionais de saúde, principalmente médicos especialistas no interior do estado, e a resistência de algumas unidades hospitalares em aceitar penalidades quando não atingem as metas. Além disso, há fragilidades no monitoramento da política, já que a avaliação acontece de forma quadrimestral e isso limita a correção rápida de problemas no dia a dia da gestão.

Outro problema citado pelos gestores é o atraso nos dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), o que dificulta o planejamento e a avaliação em tempo

real. Em algumas regiões, a falta de estrutura, como a ausência de centrais de regulação, agrava ainda mais essa situação. Por isso, os gestores defendem o uso de tecnologias e ferramentas mais modernas para monitorar a produção hospitalar de forma contínua e com dados atualizados.

A pesquisa também revelou que a maioria dos gestores concorda com a divisão das metas e dos recursos entre a população local e a população referenciada (de outros municípios). Para eles, essa divisão ajuda a planejar melhor os serviços e reduz as desigualdades no acesso. No entanto, houve uma ressalva de que essa separação não pode gerar conflitos ou dificuldades no atendimento, pois todos os pacientes devem ser acolhidos conforme as necessidades de saúde.

As comissões regionais de avaliação da PEIH foram apontadas como espaços importantes de diálogo entre gestores estaduais, municipais e o controle social. Essas comissões analisam os dados, recomendam melhorias e discutem os resultados da política. Apesar disso, os gestores sugerem que esses encontros sejam mais frequentes e que tenham maior poder de decisão para ajudar na prática da gestão hospitalar.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo principal avaliar a Política Estadual de Incentivo Hospitalar (PEIH) no Estado do Ceará, analisando como essa política vem contribuindo para ampliar o acesso da população aos serviços hospitalares, especialmente no interior, e promovendo a integração das unidades hospitalares nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

O estudo surgiu da necessidade de compreender melhor os impactos da PEIH no processo de regionalização e descentralização da assistência hospitalar, considerando que, no Brasil e no Ceará, ainda são poucos os trabalhos acadêmicos que tratam desse tema de forma aprofundada, sobretudo no que diz respeito ao financiamento e cofinanciamento do SUS em nível estadual. Este trabalho buscou, portanto, preencher essa lacuna, gerando informações que possam apoiar o planejamento e a gestão da saúde pública.

Para alcançar os objetivos propostos, foi realizada uma escuta qualificada dos cinco Superintendentes Regionais de Saúde, profissionais que representam a Secretaria da Saúde do Ceará em cada território e que, no cotidiano da gestão, coordenam a execução da PEIH em suas regiões. A escolha desses interlocutores se mostrou acertada, pois eles possuem conhecimento direto sobre a operacionalização da política, os desafios enfrentados e os avanços conquistados.

Os resultados encontrados revelaram aspectos importantes sobre a implementação da PEIH. Um dos principais achados foi a necessidade de fortalecer a articulação entre os gestores estaduais e os gestores municipais. Essa integração entre as esferas de governo é fundamental para garantir o funcionamento adequado da rede de atenção hospitalar e otimizar o uso dos recursos públicos, respeitando as especificidades de cada região.

Outro ponto destacado foi a importância de consolidar as Comissões Regionais de Avaliação, que exercem um papel estratégico no acompanhamento do desempenho das unidades hospitalares vinculadas à PEIH. Essas comissões ajudam a monitorar os serviços ofertados, identificando falhas, propondo melhorias e, principalmente, dando transparência aos resultados. Trata-se de um instrumento importante de governança, que precisa ser fortalecido e institucionalizado de forma definitiva.

O estudo também evidenciou que a PEIH tem colaborado para a qualificação dos serviços hospitalares no interior do Ceará, permitindo a ampliação do acesso da população a procedimentos médicos, exames e internações clínicas, com mais proximidade e conforto. Antes, muitos pacientes precisavam se deslocar até a capital para realizar atendimentos secundários ou de média complexidade, realidade que começa a ser transformada com o

fortalecimento dos hospitais regionais (polos e estratégicos). Assim, a política reafirma o compromisso com a regionalização do SUS, promovendo equidade e diminuindo as desigualdades territoriais no acesso à saúde.

Outro aspecto importante revelado pela pesquisa foi a atuação da Central de Regulação da Secretaria da Saúde do Ceará, em conjunto com as superintendências regionais, garantindo o encaminhamento dos pacientes de forma mais ágil e organizada. Quando o caso é de maior complexidade, o paciente é direcionado para unidades terciárias. Isso demonstra a articulação dos diferentes níveis de atenção, dentro da lógica das Redes de Atenção à Saúde, respeitando os critérios de complexidade e regionalização.

Entretanto, um dos desafios mais citados pelos gestores foi a dificuldade de acompanhar os dados de produção dos hospitais, já que o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DataSUS) costuma liberar essas informações com atraso. Isso acaba atrapalhando o monitoramento das metas e impede uma avaliação rápida da política. Por isso, uma das recomendações deste estudo é que o Ministério da Saúde e os órgãos gestores disponibilizem os dados de forma mais ágil, garantindo mais transparência, rapidez nas decisões e maior participação do controle social.

Além disso, o Ceará tem um grande potencial para avançar nesse ponto, já que a Secretaria da Saúde conta com uma equipe técnica voltada para tecnologia e desenvolvimento de sistemas. A criação de um painel modelo, utilizando os recursos já previstos na PEIH, poderia se tornar uma ferramenta prática e inovadora para a gestão hospitalar, onde essa iniciativa facilitaria o planejamento e o acompanhamento dos resultados.

Esta pesquisa mostra-se inédita por não haver estudos semelhantes sobre avaliação de políticas estaduais de financiamento hospitalar. Enquanto a literatura costuma focar em políticas sociais amplas, há escassez de análises sobre a efetividade de políticas hospitalares no SUS. Assim, o estudo contribui ao preencher essa lacuna com uma reflexão sistematizada sobre seus impactos.

Apesar dessas dificuldades, a pesquisa não enfrentou percalços significativos no processo de coleta de dados. Todos os superintendentes convidados aceitaram participar da aplicação do questionário e contribuíram com relatos ricos e detalhados, o que possibilitou alcançar os objetivos propostos e responder de forma consistente à pergunta central da pesquisa.

Outra contribuição relevante do estudo foi identificar que, apesar das diferenças entre as regiões de saúde, os superintendentes compartilham preocupações semelhantes quanto ao aprimoramento da PEIH. Todos apontaram a importância de ampliar o monitoramento da política, fortalecer os hospitais do interior e garantir a continuidade do processo de



regionalização. Isso demonstra que há uma agenda comum de gestão hospitalar no Ceará, baseada na busca pela eficiência e pela ampliação do acesso, respeitando as especificidades locais.

Do ponto de vista da prática profissional, este trabalho contribui para ampliar o debate sobre o financiamento e a gestão da saúde pública, especialmente no que diz respeito às políticas estaduais de incentivo. A expectativa é de que os resultados desta pesquisa sirvam de base para reflexões e atualizações da PEIH, assim como inspirem outras políticas públicas voltadas ao fortalecimento do SUS no âmbito estadual.

Além disso, esta pesquisa trouxe um aprendizado valioso sobre o papel da escuta ativa dos gestores públicos. Como profissional de saúde e também usuário do SUS, percebi com mais clareza que os gestores enfrentam diariamente desafios complexos, que vão muito além das normas e portarias. Suas decisões exigem articulação política, gestão responsável dos recursos e, sobretudo, compromisso com a população. Essa vivência prática mostrou que a implementação de políticas públicas depende da capacidade de dialogar com a realidade de cada território, adaptando estratégias para que as ações ganhem vida de forma efetiva.

Hoje reconheço o quanto era necessário compreender, de forma mais profunda, como de fato se constrói uma política pública. Concluir esta etapa acadêmica representa não apenas um avanço no meu percurso de pesquisador, mas também um amadurecimento profissional. Saio deste trabalho com um olhar mais crítico, enriquecido e consciente da importância do monitoramento e da avaliação na gestão em saúde. Entendi que um profissional inserido nesse processo precisa estar em constante atualização, com disposição para aprender, inovar e traçar caminhos que aproximem metas de resultados concretos.

Por fim, espera-se que este trabalho contribua para ampliar a discussão sobre a necessidade de políticas públicas que promovam o acesso, a equidade e a eficiência no sistema de saúde, respeitando os princípios do SUS e fortalecendo a regionalização. A continuidade do debate sobre a PEIH e o aprimoramento de suas ferramentas de gestão são fundamentais para garantir que a população cearense tenha acesso a uma assistência hospitalar de qualidade, próxima de casa e organizada em rede.

Como sugestão para futuros estudos, recomenda-se aprofundar a análise do acompanhamento da produção hospitalar em tempo real e explorar formas de integrar melhor os sistemas de informação existentes, para tornar o monitoramento mais eficiente e ágil. Também seria interessante realizar pesquisas que incluam a perspectiva dos gestores municipais e das equipes hospitalares, para ampliar ainda mais a compreensão sobre os efeitos da PEIH no cotidiano do SUS.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 23, n. 10, p. 3151-3162, 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182310.13032018.

BARATA, R. B. Epidemiologia e políticas públicas. **Rev. bras. epidemiol.**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 3-17, mar. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 19 de dezembro de 2002. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. seção 1.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. seção 1.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, de 14 set. 2000. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm). Acesso em: 24 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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. Brasília, DF. 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 7 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar no Âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 ago. 2008, seção 1, n. 147, p. 45-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012a. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. seção 1.

BRASIL. **Lei Complementar 141**, de 13 de janeiro de 2012b. Regulamenta o § 3º do art. 198

da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle as despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 7 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**, 30 dez. 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acesso em: 7 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação dos Serviços Hospitalares no SUS**: Indicadores de desempenho hospitalar. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CARVALHO, A. M. P. A luta por direitos e a afirmação das Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo. **Revista Ciências Sociais**, [S.l.], v. 39, n. 1, p. 16-26, 2008.

CARVALHO, A. M. P.; GUSSI, A. F. Políticas Públicas no Enfrentamento da Crise Contemporânea: os desafios de avaliar. In: **Perspectivas contemporâneas em Avaliação de Políticas Públicas**. Seminário “Avaliação de Políticas Públicas em Tempos Contemporâneos”. Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas. Fortaleza: UFC, 2011.

CARVALHO, F. F. B.; COHEN, S. C.; AKERMAN, M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar dogmas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 265-276, 2017.

CEARÁ. Assembleia Legislativa do Estado do Ceará. **Constituição do Estado do Ceará**, 1989. Atualizada até a Emenda Constitucional Nº 86, de 16 de fevereiro de 2016. Título IV do município. Capítulo I. Disposições Gerais. p.19. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/Const-2015-260-200-Atualizada-emenda-86-4.pdf>. Acesso em: 24 set. 2024.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Boletim Epidemiológico**: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (COPROM). Governo do Estado do Ceará; 20 de novembro de 2017.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Boletim Epidemiológico**: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. 14 de novembro de 2018a. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim-Epidemiol%C3%B3gico-DCNT-2018-14\\_11\\_2018-final.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim-Epidemiol%C3%B3gico-DCNT-2018-14_11_2018-final.pdf). Acesso em: 8 jul.2024.

CEARÁ. Estudo Setorial Especial de Saúde. **Ceará 2050, juntos pensando o futuro.** Diagnóstico Consolidado. Desenvolvimento do Ceará, entre 1987 e 2017. Fortaleza - CE, dezembro de 2018b. Disponível em: [https://jairdoamaralfilho.ecn.br/wp-content/uploads/2020/04/RELAT%C3%93RIO-CONSOLIDADO\\_DIAGNOSTICO\\_CE2050\\_Vers%C3%A3o-Final\\_ABRIL\\_2020.pdf](https://jairdoamaralfilho.ecn.br/wp-content/uploads/2020/04/RELAT%C3%93RIO-CONSOLIDADO_DIAGNOSTICO_CE2050_Vers%C3%A3o-Final_ABRIL_2020.pdf). Acesso em: 18 jun. 2024.

CEARÁ. Lei n.º 17.006, de 30 de setembro de 2019. Dispõe sobre a integração, no âmbito do Sistema Único De Saúde – SUS, das ações e dos serviços de saúde em Regiões de Saúde no Estado do Ceará. **Diário Oficial do Estado.** Publicado em 30.09.19.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde - 2020-2023.** Fortaleza/Ce: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2020. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2019/09/plano\\_estadual\\_saude\\_2020\\_2023.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2019/09/plano_estadual_saude_2020_2023.pdf). Acesso em: 18 ago. 2024.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Política Estadual de Incentivo Hospitalar.** Fortaleza: SESA, 2021. Disponível em: <https://www.cosemsce.org.br/wp-content/uploads/2021/12/RESOLUCAO-53.2021-POLITICA-ESTADUAL-DE-INCENTIVO-HOSPITALAR.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2025.

CEARÁ. Secretária da Saúde do Estado do Ceará. **Resolução nº 22/2022a** CIB/CE. Homologa a Resolução nº 01/2022 da CIR Fortaleza, que trata da aprovação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Região de Saúde de Fortaleza – 2021 a 2024 no Estado do Ceará, conforme o Anexo desta Resolução. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/03/RESOLUCAO-22-Plano-de-Acao-da-RUE-Fortaleza-2021-a-2024.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2024.

CEARÁ. Secretária da Saúde do Estado do Ceará. **Resolução nº 47/2022b** – CESA/CE. Aprova a proposta da 2ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte. Resolução nº. 53/2021 – CESA/CE, a partir de 1º de julho de 2022. Disponível em: <https://atualizamed.com.br/wp-content/uploads/2023/09/RESOLUCAO-No-47.2022-2a-REVISAO-DA-POLITICA-ESTADUAL-DE-INCENTIVO-HOSPITALAR-A-PARTIR-DE-PRIMEIRO-DE-JULHO-2022.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2024.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde - 2024-2027.** Fortaleza/Ce: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2023a. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2024/08/Plano\\_Estadual\\_da\\_Saude\\_2024-2027-1.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2024/08/Plano_Estadual_da_Saude_2024-2027-1.pdf). 18 ago. 2024. Pág. 20

CEARÁ. Secretária da Saúde do Estado do Ceará. **Resolução Nº 176/2023b** – CIB/CE. Aprova a alteração do Parágrafo 1º do Art. 1º da Resolução Nº 91/2022 da CIB/CE, que trata da criação das Comissões Regionais de Avaliação Sistemática de Desempenho da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, a serem instituídas pelas CIR. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2023/03/RESOLUCAO-176-Alteracao-Res-91.2022-da-CIB-Com.-Reg.p-aval.-sobe-a-Polit.-de-Inc-Hospitalar.pdf>.

Acesso em: 23 set. 2024.

CEARÁ. Secretária da Saúde do Estado do Ceará. **Resolução nº 36/2023c** – CESAU/CE. Aprova a proposta da 3ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, período de 2021 a 2024. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2025/03/CESAU\\_3o-REVISAO\\_Resolucao-no-36\\_2023-CESAU\\_CE-da-PIH-em-05-de-outubro-de-2023.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2025/03/CESAU_3o-REVISAO_Resolucao-no-36_2023-CESAU_CE-da-PIH-em-05-de-outubro-de-2023.pdf). Acesso em: 15 jun. 2024.

CEARÁ. Secretária da Saúde do Estado do Ceará. **Resolução nº 40/2024a** – CESAU/CE. Dispõe pela aprovação da 4ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, com vigência até 31 de dezembro de 2024. Disponível em: <https://www.cesau.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/161/2021/12/RESOLUCAO-No-40.2024-4a-PEIH.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2024.

CEARÁ. Secretária da Saúde do Estado do Ceará. **Resolução nº 191/2024b** – CIB/CE. Pactua a 4ª revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, com vigência até 31 de dezembro de 2024. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2024/01/RESOLUCAO-191-Quarta-Alteracao-da-Politica-Estadual-de-Incentivo-Hospitalar-1.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2024.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Regionalização**. Fortaleza: SESA, 2025a. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 15 de março de 2025. Pag. 37

CEARÁ. Secretária da Saúde do Estado do Ceará. **Resolução nº 72/2025b** – CESAU/CE, 18 de dezembro de 2024. Aprovação da prorrogação da 4ª revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de referência regional, estratégico e hospital local de pequeno porte, com vigência até 31 de dezembro de 2025. Publicado em: DOE. SÉRIE 3, Ano XVI nº 245, Fortaleza, 27 de dezembro de 2024.

DOURADO, D. A; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 45, n. 1, p. 204-11, 2011. Estudo Setorial Especial de Saúde. Ceará 2050: juntos pensando o futuro. Fortaleza, 2018.

FLEURY, S. **Governo sem governo: a governança da política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 20–31, 2004.

GOHN, M. G. Políticas públicas e processos de emancipação: impactos da globalização econômica na realidade brasileira. **Caderno CRH**, Salvador, v. 19, n. 48, p. 305–316, 2006.

GOHN, M. G. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, [S.l.], v. 16, n. 47, p. 333-356, maio/ago. 2011.

GUSSI, A. F. Apontamentos teóricos e metodológicos para a avaliação de programas de microcrédito. **AVAl Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, ano I, v. 1, n. 1, p 29-39, jan-jun, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Avaliação de programas de governo**: guia prático de análise ex ante. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 19 abr. 2025.

LASSANCE, Antonio. **Análise ex ante de políticas públicas**: fundamentos teórico-conceituais e orientações metodológicas para a sua aplicação prática. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro. Ipea, 1990. Ano 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.38116/td2817>. Acesso em: 18 set. 2024.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação e avaliação de políticas públicas: intersecções, limites e continuidades. *In*: LOTTA, G. (org.). **Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, 2019. p. 127-151.

LOPES, C. M. N. **Sistemas microrregionais de serviços de Saúde no Ceará (1998 – 2006)**: implantação e resultados na utilização de internações hospitalares. 2007. 121p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. **Questionário e entrevista na pesquisa qualitativa**: elaboração, aplicação e análise de conteúdo – Manual didático. São Carlos: Pedro & João Editores, 2020. 52 p. ISBN 978-65-86101-06-5.

MARTINS, Gilberto de Andrade; TEÓFILO, José Ricardo. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MELLO, Guilherme Arantes; DEMARZO, Marcelo; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1139-1150, out./dez. 2019.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, [S.l.], v. 21, n. 1, Jan-Mar 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MOREIRA, M. I. C. Pesquisa-intervenção: especificidades e aspectos da interação entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa. *In*: CASTRO, L. R de e BESSET, V. L. (Orgs.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. NAU: Rio de Janeiro, 2008.

- PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma abordagem dialética. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 381–398.
- PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3.
- PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
- PEREIRA, M. F. *et al.* (org). **Contribuições para a Gestão do SUS**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2010. 206p. (Gestão da Saúde Pública; v.1).
- PEREIRA, Patrícia Fonseca *et al.* O ensino da patologia e sua influência na atuação de patologistas e infectologistas no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 214-223, 2018.
- PINHO, A. P. M.; OLIVEIRA, E. R.S.; SILVA, C. R. M. Comprometimento Organizacional no Setor Público: um olhar sobre três décadas da produção científica brasileira (1989-2019). **Revista do Serviço Público (RSP)**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 504-539 jul/set 2020. DOI: <https://doi.org/10.21874/rsp.v71i3.3507>.
- PINTO, I. C. M. *et al.* **Avaliação em saúde**: conceitos e práticas formativas. Salvador: Edufba, 2022.
- PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S.; VIEIRA, F.S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde**: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Rio de Janeiro, dezembro de 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/1e76a1be-5daa-4bef-a767-6e8d1ad72321/content>. Acesso em: 23 nov. 2024.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social, Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 2010.
- RODRIGUES, L. C. Método experiencial e avaliação em profundidade: novas perspectivas em políticas públicas. **Revista Desenvolvimento em Debate**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 103- 155, 2016.
- RODRIGUES, L. C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **AVAL Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, ano I, v. 1, n. 1, p. 07-15, jan-jun, 2008.
- SANTOS, T. B. S. *et al.* Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 25, n. 9, p. 3597-3609, 2020.
- SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. **Saúde**

**Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 99-113, set. 2017.

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QgFtSCTsjqQ6PSHJ8bm3Vwy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 jul. 2024.

SERAPIONI, Mauro. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. **Sociologia, Revista da Faculdade de Letras** da Universidade do Porto, Porto, v.31, p. 59-80, 2016. Disponível em: <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/14275.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2024.

SILVA, M. O. S. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: SILVA, Maria Ozanira (Org). **Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos**. São Paulo: Veras Editora: São Luís: GAEPP, 2008.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45. 2006.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821- 828, abr. 2012.

TESTA, M. **Pensar em Salud**. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

VIACAVA, F. *et al.* Avaliação de desempenho de sistema de saúde: um modelo de análise. **Caderno de Saúde Pública**, [S.l.], v. 19, n. 6, p. 1707-1717, 2003.



## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### Roteiro de Questionário de Pesquisa

**Tema: Gestão estadual sobre a Política Estadual de Incentivo Hospitalar**

**Público-alvo: Superintendentes Regionais de Saúde - Governo do Ceará**

#### **A - PERFIL DO PARTICIPANTE**

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outro
3. Profissão: \_\_\_\_\_
4. Tempo de atuação na gestão do SUS: \_\_\_\_\_
5. Tempo de atuação como Superintendente Regional: \_\_\_\_\_

#### **B – QUESTÕES SOBRE OS OBJETIVOS DA PESQUISA**

1. Como você avalia a implementação da Política Estadual de Incentivo Hospitalar (PEIH) na sua região de saúde?
2. Quais são os principais desafios enfrentados na operacionalização da PEIH nos hospitais da sua região?
3. Como você avalia os critérios utilizados para a definição das metas de produção hospitalar?
4. Na sua região, quais estratégias têm sido adotadas para o monitoramento e avaliação da produção hospitalar financiada pela PEIH?
5. Existe uma Comissão Regional de Avaliação Sistêmica em funcionamento? Qual a sua composição, frequência de reuniões e atuação prática?
6. Quais os principais avanços observados na atenção hospitalar regional após a implementação da PEIH?
7. Na sua percepção, a divisão de metas e recursos por origem da população atendida (local e referenciada) contribui para uma melhor organização da rede? Por quê?
8. Como tem sido o relacionamento entre os hospitais beneficiados e os municípios não sede, no tocante ao cumprimento das metas e pactuação regional?
9. Há dificuldades na utilização dos dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) para fins de planejamento e avaliação? Se sim, quais?
10. Quais sugestões você daria para aprimorar a execução e a efetividade da PEIH na sua região?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **AValiação da Política Estadual de Incentivo Hospitalar (PEIH) como Ferramenta para a Implementação de Políticas Públicas de Saúde no Estado do Ceará**

Nome do Pesquisador: Francisco Elvis Firmino da Fonseca

Nome da Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lidianie Moura Lopes

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa que tem como finalidade analisar a Política Estadual de Incentivo Hospitalar no Estado do Ceará, no processo de regionalização e descentralização dos serviços hospitalares de média e alta complexidade no estado do Ceará.

Ao participar deste estudo, o(a) Sr.(a) permitirá a aplicação de um questionário, a ser respondido por escrito, com base no roteiro previamente disponibilizado.

A participação não acarretará qualquer tipo de complicação legal ou de outra natureza, visto que os relatos serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e científicos. A identidade do(a) participante será preservada, sendo adotados nomes fictícios para representação. Ressalta-se, ainda, que o(a) participante poderá optar por deixar perguntas sem resposta, se assim desejar.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios do Comitê de Ética em Pesquisa conforme Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece as diretrizes e normas que regulam as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, tendo como princípios centrais a dignidade, a liberdade, a autonomia e a proteção dos participantes.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e a orientadora terão conhecimento dos dados.

Esperamos que este estudo traga informações importantes para impulsionar a compreensão de uma política de cofinanciamento para o acesso assistencial na perspectiva conjunta entre sociedade civil e Estado, para a melhoria de sua eficiência e resultados sanitários.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

---

Nome do(a) Participante da Pesquisa

---

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Pesquisador

---

Assinatura da Orientadora Pesquisador:

**FRANCISCO ELVIS FIRMINO DA FONSECA**

**Universidade Federal do Ceará – UFC**

**Programa de Mestrado Profissional de Avaliação em Políticas Públicas – MAPP**

**ANEXO A - RESOLUÇÃO Nº 53/2021 - CESAU/CE**

ANEXO A QUE SE REFERE O ART. 3º DA RESOLUÇÃO Nº 53/2021 DE 24 DE NOVEMBRO DE 2021.

## **Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte**

**Período: 2021-2023**

Proposta Pactuada na CIB/CE através da Resolução nº 144, datada de 26/10/2021  
e aprovada pelo CESAU/CE através da Resolução nº 53/2021 datada de 24/11/2021

## ANEXO B - RESOLUÇÃO Nº 40/2022 - CIB/CE



*Pactua a 1ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, para o período: 1º de março a 30 de junho de 2022.*

### RESOLUÇÃO Nº 40/2022 – CIB/CE

A Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

1. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que no seu Art. 19, Parágrafo 1º estabelece que o rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será pactuado pelos gestores estaduais e municipais em Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
2. A Lei Estadual nº 17.006/2019, que estabelece como princípio fundamental o fortalecimento do Sistema Regional de Saúde;
3. A Resolução nº 144 da CIB/CE, datada de 26 de outubro de 2021, que pactua a Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte do Ceará, para o período: 2021-2023;
4. A Resolução nº 53 do CESAU, de 24 de novembro de 2021, que aprova a Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital local de Pequeno Porte, para o período: 1º de novembro de 2021 a 31 de dezembro de 2023;
5. A recomendação da Câmara Técnica de Gestão, Planejamento e Financiamento da CIB/CE de alteração da Política Estadual de Incentivo Hospitalar; **resolve:**

Art.1º. Pactuar a 1ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, para o período: 1º de março a 30 de junho de 2022, em decorrência da habilitação de leitos de UTI (Portaria GM/MS nº 220, de 27/01/2022), e do reajuste dos valores das diárias dos leitos de UTI (Portaria GM/MS nº 160, de 27/01/2022).

Parágrafo Único. Foram revisados os itens 10.1 e os ANEXOS I, III, IV e V, conforme descrição em Anexo.

Art. 2º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Fortaleza, 11 de Março de 2022.

  
**Marcos Antônio Gadelha Maia**  
 Presidente da CIB/CE  
 Secretário de Saúde

  
**Sayonara Moura de Oliveira Cidade**  
 Vice - Presidente da CIB/CE  
 Presidente do COSEMS

## ANEXO C - RESOLUÇÃO Nº 91/2022 - CIB/CE



*Aprova a criação das Comissões Regionais de Avaliação Sistemática de Desempenho da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, que serão instituídas pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR).*

### RESOLUÇÃO Nº 91/2022 – CIB/CE

A Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

1. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que no seu Art. 19, Parágrafo 1º estabelece que o rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será pactuado pelos gestores estaduais e municipais em Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
2. A Lei Estadual nº 17.006/2019, que estabelece como princípio fundamental o fortalecimento do Sistema Regional de Saúde;
3. A Resolução nº 144 da CIB/CE, datada de 26 de outubro de 2021, que pactua a Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte do Ceará, para o período: 2021-2023;
4. A Resolução nº 53 do CESAU, de 24 de novembro de 2021, que aprova a Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital local de Pequeno Porte, para o período: 1º de novembro de 2021 a 31 de dezembro de 2023; **resolve:**

Art.1º. Aprovar a criação das Comissões Regionais de Avaliação Sistemática de Desempenho da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, a serem instituídas pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Parágrafo 1º. Cada CIR instituirá uma Comissão de Avaliação composta por 08(oito) membros sendo: 04(quatro) representantes da Superintendência Regional de Saúde, 02(dois) do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde- COSEMS/CE e 02(dois) do Controle Social.

Parágrafo 2º. Compete à Comissão de Avaliação analisar e emitir parecer em relação à justificativa apresentada pelo diretor do hospital no caso da clínica que apresentar desempenho abaixo de 95% da meta estabelecida no quadrimestre avaliado.

Parágrafo 3º. Na justificativa apresentada pelo diretor do hospital deverá constar o De Acordo do gestor municipal responsável pela contratualização do hospital junto ao SUS.

Art. 2º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Fortaleza, 13 de maio de 2022.

  
**Marcos Antônio Gadelha Maia**  
 Presidente da CIB/CE  
 Secretário de Saúde

  
**Sayonara Moura de Oliveira Cidade**  
 Vice - Presidente da CIB/CE  
 Presidente do COSEMS

## ANEXO D - RESOLUÇÃO Nº 107/2022 - CIB/CE



*Pactua a 2ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, a partir de 1º de julho de 2022.*

### RESOLUÇÃO Nº 107/2022 – CIB/CE

A Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE, no uso de suas atribuições legais, e considerando:


1. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que no seu Art. 19, Parágrafo 1º estabelece que o rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será pactuado pelos gestores estaduais e municipais em Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
2. A Lei Estadual nº 17.006/2019, que estabelece como princípio fundamental o fortalecimento do Sistema Regional de Saúde;
3. A Resolução nº 144 da CIB/CE, datada de 26 de outubro de 2021, que pactua a Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte do Ceará, para o período: 2021-2023;
4. A Resolução nº 53 do CESAU, de 24 de novembro de 2021, que aprova a Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital local de Pequeno Porte, para o período: 1º de novembro de 2021 a 31 de dezembro de 2023;
5. A Resolução nº 22 do CESAU, de 20 de abril de 2022, que aprova a 1ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, para o período: 1º de março a 30 de junho de 2022;
6. A recomendação da Câmara Técnica de Gestão, Planejamento e Financiamento da CIB/CE de alteração da Política Estadual de Incentivo Hospitalar; **resolve**:

Art.1º. Pactuar a 2ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, a partir de 1º de julho de 2022, em decorrência do reajuste dos valores das diárias dos leitos de UTI (Portaria GM/MS nº 160, de 27/01/2022), dos valores dos incentivos das Clínicas Anestesiológica e Traumatologia-Ortopédica concedido sem dedução dos recursos federais alocados através das Resoluções CIB/CE nº 191/2007 e de nº 101/2009 para os hospitais polos que apresentaram produção no 1º período de monitoramento desta Política (nov.2021 a fev.2022), e das mudanças das clínicas dos Hospitais Estratégicos Santo Antonio em Jardim, São Vicente Férrer em Lavras da Mangabeira, Hospital e Maternidade Maria Roque de Macedo em Iracema e Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Expectação em Jaguaruana.

Parágrafo Único. Foram revisados os itens 10.1 e os ANEXOS II, III, IV, V e VI, conforme descrição em Anexo.

Art. 2º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Fortaleza, 24 de Junho de 2022.

  
**Tânia Mara Silva Coelho**  
 Presidente da CIB/CE  
 Secretário de Saúde em Exercício

  
**Sayonara Moura de Oliveira Cidade**  
 Vice - Presidente da CIB/CE  
 Presidente do COSEMS

## ANEXO E - RESOLUÇÃO Nº 82/2023 - CIB/CE



Av. Almirante Barroso, 600  
Praia de Iracema  
CEP: 60060-440 • Fortaleza / CE  
Fone: (85) 3101.5123

*Pactua a 3ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, período de 2021 a 2024.*

### RESOLUÇÃO Nº 82/2023 – CIB/CE

A Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE, no uso de suas atribuições legais, e considerando:


1. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que no seu Art. 19, Parágrafo 1º estabelece que o rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será pactuado pelos gestores estaduais e municipais em Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
2. A Lei Estadual nº 17.006/2019, que estabelece como princípio fundamental o fortalecimento do Sistema Regional de Saúde;
3. A Resolução nº 144 da CIB/CE, datada de 26 de outubro de 2021, que pactua a Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte do Ceará, para o período: 2021-2023;
4. A Resolução nº 53 do CESAU, de 24 de novembro de 2021, que aprova a Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital local de Pequeno Porte, para o período: 1º de novembro de 2021 a 31 de dezembro de 2023;
5. A Resolução Nº 40 da CIB/CE, datada de 11 de março de 2022, que pactua a 1ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, para o período: 1º de março a 30 de junho de 2022.
6. A Resolução nº 22 do CESAU, datada de 20 de abril de 2022, que aprova a 1ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, para o período: 1º de março a 30 de junho de 2022;
7. A Resolução nº 107 da CIB/CE, datada de 24 de Junho de 2022, que pactua a 2ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, a partir de 1º de julho de 2022;
8. A Resolução nº 47 do CESAU, datada de 20 de julho de 2022, que aprova a 2ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, para o período: 1º de março a 30 de junho de 2022;
9. A recomendação da Câmara Técnica de Gestão, Planejamento e Financiamento da CIB/CE de alteração da Política Estadual de Incentivo Hospitalar; **resolve:**

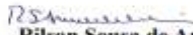
Art.1º. Pactuar a 3ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, com vigência até 31 de dezembro de 2024, em decorrência da necessidade de readequação/expansão da Rede de Assistência Hospitalar em atendimento ao princípio organizativo da Regionalização do SUS no Estado.

Parágrafo Único. A Revisão desta Política está apresentada de modo detalhado nos anexos a seguir: Anexo I (Itens do Texto da Política: 5, 6, 6.1, 6.2, 7, 8, 8.3, 9, 9.3, 9.4, 10, 11); Anexo II (Metas de Atendimento dos Hospitais Polo, para 2023 e 2024); Anexo III (Metas de Atendimentos dos Hospitais Estratégicos, para 2023 e 2024); Anexo IV (Previsão de Custeio Mensal dos Hospitais Polo); Anexo V (Previsão de Custeio Mensal dos Hospitais Estratégico); e Anexo VI (Contrapartida do Tesouro Estadual para Custeio dos Hospitais de Pequeno Porte – HPP).

Art. 2º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Fortaleza, 11 de agosto de 2023.


  
**Tânia Mara Silva Coelho**  
Presidente da CIB/CE  
Secretária de Saúde

  
**Rilson Sousa de Andrade**  
Vice - Presidente da CIB/CE  
Presidente do COSEMS

Comissão Intergestores Bipartite – CIB  
Av. Almirante Barroso, 600 – Praia de Iracema - 60060-440 - Fortaleza/CE.  
Fone: (85) 3101.5283 - e-mail: cibce@saude.ce.gov.br - [www.saude.ce.gov.br](http://www.saude.ce.gov.br)



## ANEXO F - RESOLUÇÃO Nº 191/2024 - CIB/CE



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

Av. Almirante Barroso, 600  
Praia de Iracema  
CEP: 60060-440 - Fortaleza / CE  
Fone: (85) 3101.5123

*Pactua a 4ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, com vigência até 31 de dezembro de 2024.*

**RESOLUÇÃO Nº 191/2024 – CIB/CE**

A Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

1. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que no seu Art. 19, Parágrafo 1º estabelece que o rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será pactuado pelos gestores estaduais e municipais em Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
2. A Lei Estadual nº 17.006/2019, que estabelece como princípio fundamental o fortalecimento do Sistema Regional de Saúde;
3. A Resolução nº 82 da CIB/CE, datada de 11 de agosto de 2023, que pactua a 3ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte do Ceará, para o período: 2021-2024;
4. A Resolução nº 156 da CIB/CE, datada de 1º de dezembro de 2023, que aprova por Ad Referendum a inclusão da Clínica Anestesiológica e 22 leitos de UTI do Hospital do Coração de Sobral na Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital local de Pequeno Porte;
5. A Resolução Nº 171 da CIB/CE, datada de 15 de dezembro de 2023, que aprova a inserção da Clínica em Saúde Mental do Hospital São Raimundo de Várzea Alegre na Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte;
6. A Resolução nº 132 da CIB/CE, datada de 14 de junho de 2024, que aprova por a inclusão de 10 leitos de UTI do Hospital São Vicente de Iguatu na Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital local de Pequeno Porte;
7. A Resolução nº 36 do CESAU, datada de 05 de outubro de 2023, que aprova a 3ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, com vigência agosto de 2023 até 31 de dezembro de 2024, em decorrência da necessidade de readequação/expansão da Rede de Assistência Hospitalar em atendimento ao princípio organizativo da Regionalização do SUS no Estado;
8. A Resolução nº 52 do CESAU, datada de 21 de dezembro de 2023, que aprova a prorrogação de 10 leitos extra de UTI II Pediátrica na Política Estadual de Incentivo Hospitalar (PEIH) no valor de 480.000,00 por mês a serem repassados do FUNDES para o FMS de Fortaleza, destinados ao Hospital Infantil Filantrópico – SOPAI pelo período de 90 dias;
9. A Resolução nº 53 do CESAU, datada de 21 de dezembro de 2023, que aprova a inclusão da Clínica Anestesiológica e 22 leitos de UTI do Hospital do Coração de Sobral na Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, com vigência até 31 de dezembro de 2024;
10. A Resolução nº 04 do CESAU, datada de 21 de fevereiro de 2024, que aprova a inserção da Clínica em Saúde Mental do Hospital São Raimundo de Várzea Alegre na Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte, com vigência de 1º de janeiro até 31 de dezembro de 2024;
11. A Resolução nº 14 do CESAU, datada de 20 de março de 2024, que dispõe pela prorrogação de 10 leitos da UTI II Pediátrica na Política Estadual de Incentivo Hospitalar (PEIH), no valor de R\$ 480.000,00 por mês a serem repassados do FUNDES para o FMS de Fortaleza, destinados ao Hospital Infantil Filantrópico – SOPAI para o período de 1º de abril até 31 de dezembro de 2024;
12. A Resolução nº 27 do CESAU, datada de 19 de junho de 2024, que aprova por a inclusão de 10 leitos de UTI do Hospital São Vicente de Iguatu na Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital local de Pequeno Porte;

---

Comissão Intergestores Bipartite – CIB  
Av. Almirante Barroso, 600 – Praia de Iracema - 60060-440 - Fortaleza/CE  
Fone: (85) 3101.5283 – e-mail: cibce@saude.ce.gov.br – www.saude.ce.gov.br

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Resoluções CIB