

ESCOLA SUPERIOR DO PARLAMENTO CEARENSE - UNIPACE
MBA EM GESTÃO E GOVERNANÇA PÚBLICA

**A INTERIORIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS E O
IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO ATENDIDA**

Saulo Araujo Teixeira¹

Leonel Gois Lima Oliveira²

RESUMO

Esta monografia analisa o processo de interiorização dos serviços médicos especializados no Ceará e seu impacto sobre a qualidade de vida da população atendida, tomando como base os referenciais teóricos de Mendes (2011), sobre Redes de Atenção à Saúde, e o modelo dos “cinco A’s” de Acesso em Saúde proposto por Penchansky e Thomas (1981), além do marco normativo do SUS (Lei nº 8.080/1990 e Decreto nº 7.508/2011). A pesquisa, de natureza aplicada, exploratória e descritiva, utiliza metodologia bibliográfica e documental, com análise de artigos científicos, relatórios institucionais, legislação, imprensa regional e documentos oficiais do Governo do Ceará. O estudo examina a implantação e o funcionamento dos hospitais regionais — HRN, HRC, HRSC e HRVJ — e sua relação com o acesso e a resolutividade em neurocirurgia, oncologia e ortopedia/traumatologia, especialidades escolhidas por seu grande impacto sobre morbimortalidade e qualidade de vida. Os achados indicam que a interiorização reduziu deslocamentos para Fortaleza, diminuiu custos indiretos, aprimorou tempos de resposta em condições tempo-dependentes e ampliou a continuidade do cuidado nas macrorregiões. Evidências recentes, como a certificação internacional do HRSC em AVC e a expansão da oncologia regional, reforçam ganhos assistenciais concretos. No entanto, persistem desafios estruturais, incluindo a dificuldade de fixação de especialistas em regiões de menor densidade econômica, a necessidade de manter volumes mínimos de procedimentos para garantir eficiência, e o risco de subutilização de serviços de alta complexidade sem coordenação interfederativa adequada. Conclui-se que a interiorização no Ceará promove maior equidade

¹ Saulo Araújo Teixeira. Doutorando em Medicina Translacional; saulo.teixeira@hotmail.com

² Leonel Gois Lima Oliveira; Doutor em administração; adm.leoneloliveira@gmail.com

territorial e melhora a experiência do usuário, desde que acompanhada de planejamento sistêmico, valorização profissional e monitoramento contínuo de indicadores de custo-efetividade, acesso e resolutividade.

Palavras-chave: saúde pública; especialidades médicas; interiorização; equidade.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, foi concebido com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, com o propósito de garantir acesso integral e descentralizado aos serviços de saúde em todo o território nacional (BRASIL, 1990). Dentro dessa lógica, a regionalização da saúde surge como eixo estratégico para aproximar a oferta de cuidados especializados das populações que vivem fora das capitais e grandes centros urbanos, assegurando que o direito à saúde se concretize de forma equitativa e territorialmente equilibrada. O Decreto Federal nº 7.508/2011 fortaleceu essa diretriz ao instituir as Regiões de Saúde e os Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP), que favorecem a articulação entre os entes federados na gestão compartilhada da atenção em média e alta complexidade (BRASIL, 2011; SOLLA, 2012).

No estado do Ceará, tal política pode ser percebida através do processo de interiorização dos serviços médicos especializados, ancorado na criação de hospitais regionais estrategicamente distribuídos nas macrorregiões Norte (Hospital da Regional Norte - HRN, Sobral), Cariri (Hospital Regional do Cariri - HRC, Juazeiro do Norte) e Sertão Central (Hospital Regional do Sertão Central - HRSC, Quixeramobim). A implantação desses equipamentos, somada à estruturação de policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) em regime de consórcios públicos, permitiu descentralizar o acesso a serviços que, historicamente, concentravam-se em Fortaleza. Essa descentralização vem modificando o perfil de atendimento de especialidades críticas — neurocirurgia, oncologia e ortopedia/traumatologia — que representam, cada uma a seu modo, pilares da assistência de alta complexidade: a neurocirurgia pela natureza tempo-dependente e tecnológica de seus casos; a oncologia pelo impacto prolongado sobre a qualidade de vida e necessidade de tratamento contínuo; e a ortopedia/traumatologia pela grande demanda decorrente de acidentes e traumas, especialmente em regiões com

elevado fluxo rodoviário e produtivo (UZELLI, 2012; LUNA, 2018).

Este estudo analisa o recente processo de interiorização dessas especialidades no Ceará, evidenciando que a expansão dos hospitais regionais nas macrorregiões Norte, Cariri e Sertão Central contribuiu para reduzir deslocamentos, ampliar o acesso e fortalecer a equidade. Foram observados benefícios concretos, como melhora no tempo-resposta em urgências neurocirúrgicas e traumáticas, redução de custos indiretos (transporte e afastamento familiar) e formação de novos núcleos de ensino-serviço voltados à fixação de especialistas. Ainda assim, persistem desafios: a manutenção de economias de escala, a escassez de profissionais altamente qualificados para sustentar plantões complexos no interior e a necessidade de regulação e integração efetiva entre as macrorregiões, evitando sobreposição de serviços e subutilização de estruturas de alto custo.

Diante disso, o problema central que orienta esta monografia é compreender de que maneira a interiorização dos serviços médicos especializados — em especial os de neurocirurgia, oncologia e ortopedia/traumatologia — tem impactado a qualidade de vida da população atendida, considerando tanto os ganhos em acesso e resolutividade quanto os limites estruturais e humanos dessa expansão. A justificativa reside na relevância social e estratégica do tema: avaliar os efeitos reais dessa política é fundamental para embasar decisões de investimento público e otimização da rede de saúde, garantindo sustentabilidade financeira e eficiência assistencial (AZEVEDO, 2023).

Assim, o objetivo geral é analisar a interiorização dos serviços médicos especializados no Ceará e seu impacto sobre a qualidade de vida dos usuários, com foco nas especialidades de neurocirurgia, oncologia e ortopedia/traumatologia. Os objetivos específicos incluem:

- Descrever o processo histórico e institucional da regionalização da saúde no Ceará, com ênfase na implantação dos hospitais regionais e consórcios públicos;
- Avaliar os efeitos da interiorização sobre o acesso, a resolutividade e a redução de deslocamentos intermunicipais;
- Expor possíveis dificuldades na consolidação das redes regionais de atenção à saúde, sob os aspectos de estrutura física e disponibilidade de profissionais.

A Figura 1 apresenta a divisão geográfica do Estado do Ceará por Regiões de Saúde, e destas em Áreas Descentralizadas de Saúde, conforme a Secretaria

Estadual de Saúde do Ceará (CEARÁ, 2025).

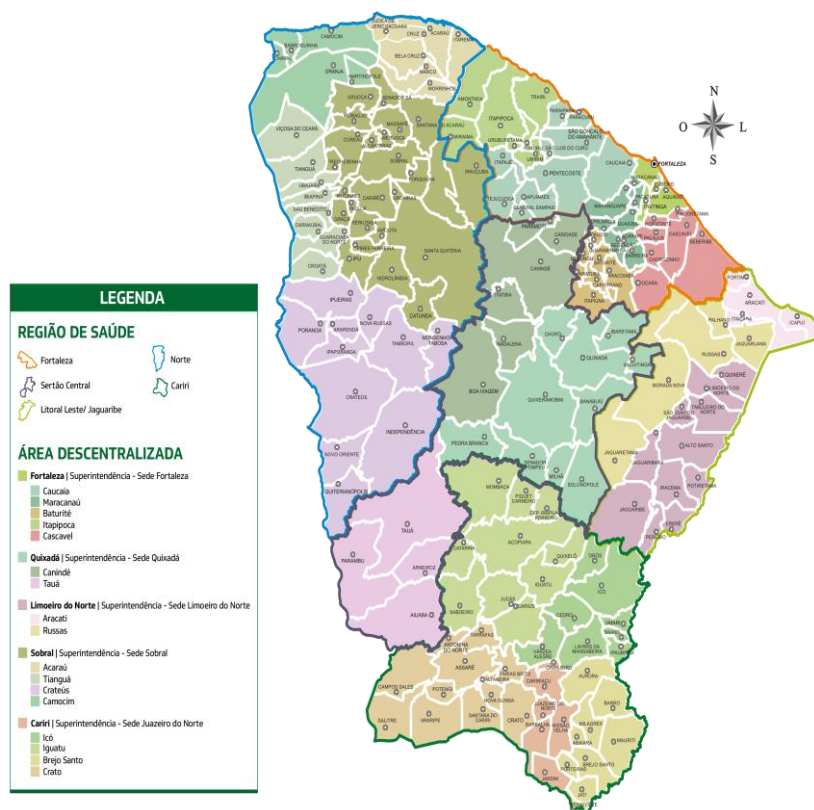


Figura 1 – Divisão do Estado do Ceará em Regiões de Saúde

Fonte: Organização da Gestão Regional de Saúde: Superintendências Regionais (CEARÁ, 2024).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O CONCEITO DE REDE ASSISTENCIAL E O ACESSO EM SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme formuladas por Eugênio Vilaça Mendes (2011), constituem o principal referencial teórico para a organização integrada dos serviços de saúde no Brasil. Elas propõem a superação do modelo fragmentado de atenção, substituindo-o por uma estrutura sistêmica baseada na coordenação do cuidado, na regionalização e na longitudinalidade da atenção. A RAS é composta por pontos de atenção articulados — desde a atenção primária até a alta complexidade — que se interligam por meio de fluxos assistenciais contínuos e regulados. Esse modelo busca garantir a integralidade do cuidado e otimizar o uso dos recursos, de modo que cada nível de atenção desempenhe um papel definido dentro de uma rede hierarquizada. No contexto da interiorização dos serviços especializados, especialmente em áreas como neurocirurgia, oncologia e ortopedia,

as RAS oferecem o arcabouço conceitual que justifica a descentralização planejada da alta complexidade, preservando a eficiência e a coerência técnica da rede assistencial (MENDES, 2011).

Outro marco teórico essencial é o conceito de Acesso em Saúde, proposto por Penchansky e Thomas (1981), que define o acesso como a relação entre as características da oferta e as necessidades da população usuária, traduzido nos chamados “cinco A’s”: disponibilidade, acessibilidade, acomodação, aceitabilidade e custo/afordabilidade. Esse modelo permite mensurar o impacto concreto da interiorização na vida das pessoas, especialmente em termos de tempo de deslocamento, resolutividade local e percepção de qualidade de vida. Complementarmente, o Decreto Federal nº 7.508/2011 fornece o marco normativo que operacionaliza esses conceitos dentro do SUS, ao instituir as Regiões de Saúde, o COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública) e a pactuação interfederativa, que definem responsabilidades compartilhadas entre Estado e municípios. Assim, a integração entre RAS, o modelo dos 5 A’s e o marco legal brasileiro fundamenta a análise desta monografia, sustentando que a interiorização dos serviços especializados deve ser compreendida não apenas como expansão física de estruturas, mas como um processo de integração territorial e funcional voltado à equidade e à qualidade de vida da população atendida (PENCHANSKY, 1981; BRASIL, 2011).

A REALIDADE DO ESTADO DO CEARÁ

O modelo organizacional da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA/CE) estrutura-se de forma regionalizada e descentralizada, com o objetivo de aprimorar a gestão e a execução das políticas públicas de saúde no território estadual. As Superintendências Regionais, distribuídas em cinco macrorregiões (Fortaleza, Norte, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe), exercem funções de coordenação e integração administrativa, articulando gestores e serviços sob uma lógica de governança compartilhada. Suas atribuições envolvem desde a implementação das diretrizes do Plano Regional de Saúde até o acompanhamento orçamentário e de recursos humanos, além da emissão de pareceres técnicos sobre credenciamento e habilitação de serviços especializados. Complementarmente, as Áreas Descentralizadas de Saúde (ADSs) — dezessete unidades distribuídas pelo estado — têm papel operacional, apoiando a organização das redes de atenção, o

monitoramento de indicadores e a articulação entre municípios e superintendências, com foco na contratualização, regulação e avaliação de desempenho (CEARÁ, 2024).

A execução dos serviços especializados é viabilizada, em grande parte, por meio dos Consórcios Públicos de Saúde, instrumentos de cooperação interfederativa que reúnem o Estado e os municípios para compartilhar responsabilidades técnicas e financeiras. Esses consórcios operam a partir de contratos de programa e rateio, assegurando a manutenção de policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) sob gestão consorciada. Cabe ao Estado a construção, o equipamento e parte do custeio dessas unidades, bem como o suporte técnico e jurídico; aos municípios, a contrapartida financeira e a inserção das ações no planejamento local. Esse arranjo busca garantir maior racionalidade no uso de recursos, padronização dos serviços e fortalecimento da transparência e do controle social, acompanhados por instrumentos como o ranking semestral de transparência elaborado pela SESA/CE e pela Controladoria e Ouvidoria Geral do Estado (CGE/CE) (CEARÁ, 2024).

3. METODOLOGIA

De acordo com a classificação proposta por Marconi e Lakatos (2017), esta pesquisa caracteriza-se como aplicada, de natureza exploratória e descritiva, com delineamento bibliográfico e documental. Trata-se de um estudo voltado à compreensão do processo de interiorização dos serviços de saúde no estado do Ceará, considerando seus determinantes, políticas e impactos na oferta assistencial.

Foram realizadas consultas em bases de dados científicos nacionais e internacionais (tais como SciELO, LILACS e PubMed) e em fontes documentais e jornalísticas (imprensa geral, portarias, relatórios e planos estaduais de saúde). Essa triangulação de fontes possibilitou a identificação de tendências, desafios e resultados associados à expansão e consolidação de serviços de saúde em municípios cearenses (ABDALLA et al., 2018).

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO

EXPANSÃO DE ACESSO E DESCENTRALIZAÇÃO DA ALTA COMPLEXIDADE

A interiorização dos serviços de saúde especializados no Ceará resultou em

efeitos perceptíveis de expansão do acesso territorial. A implantação de serviços de oncologia no Hospital Regional do Sertão Central (HRSC) em 2024 e a ativação de politrauma 24 horas nas macrorregiões reduzem parte da demanda de deslocamento para Fortaleza, com ganhos em tempo de atendimento e alívio do peso financeiro e logístico para pacientes e seus familiares. Relatos da imprensa regional ressaltam que em seus primeiros meses de funcionamento esses serviços já absorveram parte da demanda reprimida, evitando viagens longas ou esperas para tratamento oncológico e traumático. Essa descentralização está alinhada à lógica das Redes de Atenção à Saúde, que visam levar especialidades para mais perto do usuário, com integração entre níveis de cuidado.

GESTÃO DOS HOSPITAIS REGIONAIS E PARCERIAS EXTERNAS

Os hospitais regionais são geridos por uma Organização Social de Saúde (OSS) denominada Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), em parceria com a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA). O modelo de gestão via Organização Social (OS) tem garantido eficiência administrativa, celeridade na contratação de pessoal e flexibilidade na manutenção dos serviços de alta complexidade.

O serviço de Oncologia do HRVJ é fruto de uma cooperação entre o ISGH, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) e o Instituto do Câncer do Ceará (ICC), referência estadual em oncologia, garantindo expertise clínica e continuidade terapêutica.

ACIDENTES DE TRANSPORTE E O ATENDIMENTO AO POLITRAUMATIZADO

O atendimento médico especializado é um componente essencial para a sobrevivência e recuperação de vítimas de traumas por acidentes de transporte, especialmente no estado do Ceará, onde a alta incidência desses eventos exige respostas clínicas rápidas e eficientes. De acordo com Rocha, Silva e Crispim (2021), as lesões decorrentes de acidentes de trânsito são frequentemente graves e demandam intervenções hospitalares complexas, envolvendo múltiplas especialidades médicas. A gravidade dos traumas observados em hospitais públicos revela a importância de uma infraestrutura adequada e de equipes preparadas para o manejo eficaz desses casos, reduzindo o risco de complicações e aumentando as chances de recuperação dos pacientes.

Além disso, o contexto nordestino, marcado por desigualdades regionais no acesso à saúde, intensifica a necessidade de estratégias voltadas à qualificação do atendimento emergencial e especializado. Estudo de Sousa et al. (2020) demonstra que o Nordeste, incluindo o Ceará, apresenta padrões preocupantes de mortalidade por acidentes de trânsito, com tendência de crescimento em áreas com menor cobertura de serviços médicos especializados. Tobias et al. (2021) reforçam que a presença de sequelas e incapacidades permanentes entre as vítimas está diretamente relacionada à qualidade do atendimento pré-hospitalar e hospitalar recebido. Portanto, fortalecer a rede de atenção ao trauma no Ceará é uma medida crucial para mitigar os impactos sociais e econômicos decorrentes dos acidentes de transporte.

FORMAÇÃO E FIXAÇÃO DE ESPECIALISTAS E MODELOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

No campo da neurocirurgia, cuja natureza exige rapidez e coordenação (em casos de traumatismos cranianos, hemorragias, lesões da coluna), a presença de serviço regional qualificado representa um diferencial de impacto (AZEVEDO, 2023). No entanto, em regiões como o Sertão Central (HRSC) e o Vale do Jaguaribe (HRVJ), ainda há relatos de que os neurocirurgiões se deslocam de Fortaleza para realizar plantões ou cirurgias — em função de dificuldades de estrutura local ou ausência de condições complementares, como possibilidade de atuação no setor privado ou convênios que permitam compor renda. Isso revela que a simples presença de estrutura não garante autonomia plena para os especialistas locais. Trata-se provavelmente de condição temporária, visto que nas cidades de Sobral e Juazeiro do Norte, a força de trabalho da especialidade é composta (na quase totalidade) de médicos residentes nos próprios municípios.

A oferta de residências multiprofissionais em neurologia/neurocirurgia no HRSC — dirigida a profissionais como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos e enfermeiros — representa uma estratégia de fortalecimento do suporte interdisciplinar local, e é um passo relevante para construir rede de cuidado local mais completa nas macro-regiões. Embora não forme médicos, essa estrutura de suporte qualificado é essencial para que o serviço neurocirúrgico regional funcione com equipe multidisciplinar adequada.

Para os médicos especialistas (neurocirurgia e ortopedia/trauma), destaca-se

o papel das cooperativas médicas, especificamente a Coopneuro (cooperativa de neurologistas/neurocirurgias em atuação no Ceará) e Contorce (cooperativa de ortopedia). A parceria Estado × cooperativas permite a contratação de profissionais com Registro de Qualificação de Especialista (RQE), assegurando qualidade técnica e continuidade nos plantões especializados. Esse modelo flexibiliza a alocação de profissionais entre unidades regionais e fortalece a oferta em lugares que, de outra forma, teriam pouca atratividade para médicos vinculados exclusivamente ao serviço público (MATEUS, 2021). A utilização dessas cooperativas pode mitigar parte das dificuldades de fixação, criando um arranjo híbrido no qual o especialista pode repartir seu tempo entre regiões diferentes, minimizando inatividade nos momentos de baixa demanda local.

Contudo, ainda permanece o desafio de compor renda: em muitas regiões interioranas, especialmente no HRSC ou HRVJ, não há mercado privado ou convênios suficientes para que os neurocirurgiões possam complementar sua remuneração (SANTOS, 2008). Esse fato faz com que, na prática, muitos continuem dependendo de deslocamentos para Fortaleza, mesmo que o serviço exista localmente, já que a atuação exclusiva no serviço público local pode não ser economicamente viável.

EFICIÊNCIA, CUSTOS INDIRETOS E VIABILIDADE TÉCNICA

A aproximação dos serviços especializados reduz os custos indiretos para pacientes e para o sistema: menores gastos com transporte, hospedagem, perda de renda familiar e Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Em cenários regionais, parte dessa economia pode compensar os investimentos em estrutura, desde que haja escala suficiente e uso contínuo da capacidade instalada (GAWRYSZEWSKI, 2012).

No Brasil, há parâmetro técnico importante: a Portaria de Consolidação nº 1/2022 estabelece que cada unidade de assistência de alta complexidade em neurocirurgia deve realizar, no mínimo, 150 (cento e cinquenta) procedimentos por ano para ser considerada apta a manter o serviço de neurocirurgia (BRASIL, 2022).

Esse tipo de critério indica que regiões com demanda menor que esse patamar correriam risco de subutilização e desperdício de recursos se mantivessem serviço neurocirúrgico sem alcançar volume mínimo. Logo, a interiorização deve ser planejada com atenção ao volume crítico por macrorregião para evitar que custos fixos excedam sua capacidade produtiva.

DESAFIOS ESTRUTURAIS E RISCOS DE INEFICIÊNCIA

Mesmo com parcerias cooperativas, permanecem riscos e limitações, a seguir:

Subutilização e perda de escala: unidades regionais com baixa demanda podem operar com ocupação insuficiente, elevando o custo médio por procedimento e tornando o serviço pouco sustentável.

Deslocamentos ainda recorrentes dos especialistas: o fato de neurocirurgiões ainda virem de Fortaleza para atuar em plantões no HRSC ou HRVJ revela que a interiorização é incompleta enquanto não houver condições econômicas e de carreira suficientes para que permaneçam residentes ou fixos nessas localidades.

Fragilidade do mercado privado local: sem oferta que permita complementação de renda (convênios, atendimentos particulares), muitos especialistas preferem concentrar esforços nas regiões urbanas centrais. Essa assimetria cria dependência de cooperativas e arranjos públicos, que precisam ser robustos para não resultar em precariedade ou rotatividade (MENICUCCI, 2007).

Rigidez da regulação: para evitar que cada unidade busque “ser mais concreta que a região vizinha”, é essencial coordenação entre macrorregiões, pactuação interfederativa e monitoramento de uso de leitos e fluxos assistenciais. Sem isso, há risco de sobreposição de serviços, filas cruzadas e ineficiência em rede.

Desfasagem de transição: a demanda reprimida por anos de centralização não desaparece de modo instantâneo. Mesmo com nova estrutura regional, pode haver fila acumulada, necessidade de adaptações e tempo até que o serviço atinja sua plena maturidade.

IMPRENSA E IMPACTO SOCIAL DA INTERIORIZAÇÃO

As diversas reportagens analisadas expõem as mudanças ocasionadas pela interiorização da assistência e os impactos para a saúde e para a qualidade de vida da população do estado.

Um marco emblemático dessa evolução está no fortalecimento do Hospital Regional do Sertão Central (HRSC), em Quixeramobim, cuja excelência no atendimento ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) ganhou destaque na matéria “Hospital no Sertão do Ceará vira referência no tratamento do AVC e acumula prêmios internacionais” (G1 Ceará, 28 dez. 2024). A reportagem revela que o HRSC

não apenas integrou tecnologias e protocolos avançados, mas alcançou reconhecimento internacional por indicadores de qualidade e eficiência no tratamento da doença. Essa conquista explicita que a interiorização não se limita a oferecer acesso — ela incorpora padrões internacionais de excelência, reduzindo desigualdades históricas entre interior e capital.

Ainda sobre Quixeramobim, a matéria “Quixeramobim é a quinta cidade da América Latina a receber certificação internacional por tratamento do AVC” (G1 Ceará, 27 dez. 2024) acrescenta que o município foi reconhecido como um dos poucos da América Latina a atingir critérios internacionais rígidos para cuidado ao AVC. Isso demonstra que serviços antes restritos a grandes metrópoles podem ser desenvolvidos em regiões interioranas quando há planejamento, governança e compromisso com a qualificação das equipes.

Além da qualificação dos hospitais já existentes, o Ceará vivencia um ciclo de expansão que redefine a geografia da assistência. Segundo a matéria “Número de hospitais regionais no Ceará subirá de quatro para sete, com unidades em Baturité, Crateús e Iguatu” (Repórter Ceará, 15 maio 2025), o estado ampliará substancialmente sua rede, passando de quatro para sete hospitais regionais. A instalação dessas novas unidades representa uma reconfiguração da capacidade instalada das regiões de saúde, descentralizando procedimentos cirúrgicos, atendimentos especializados, terapias intensivas, diagnóstico por imagem e assistência multiprofissional.

Outro aspecto fundamental evidenciado no noticiário é a ampliação da capacidade operacional dos hospitais no interior. A iniciativa apresentada na matéria “100 hospitais são mobilizados em todo Ceará para a realização de 2.600 procedimentos no ‘Dia C’ de cirurgias” (Governo do Ceará, 20 set. 2025) demonstra que interiorização também envolve coordenação logística e integração entre unidades. Com a realização de aproximadamente 2.600 cirurgias em um único dia, distribuídas entre hospitais regionais, municipais e filantrópicos, o estado reforça sua capacidade de reduzir filas e ampliar o acesso às cirurgias eletivas sem depender da centralização em Fortaleza.

Esse movimento integra-se a políticas federais voltadas para a redução do tempo de espera no SUS, como descrito na matéria “No Ceará, governo federal implanta pacote de ações para reduzir o tempo de espera no SUS” (Agência GOV/EBC, mar. 2025). O pacote inclui mutirões, investimentos superiores a R\$ 197

milhões e integração das informações assistenciais por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). A reestruturação informacional do SUS cearense fortalece tanto a capital quanto o interior, permitindo que especialistas atuem com apoio em tempo real de protocolos, regulação e contrarreferência — elementos fundamentais para uma interiorização eficiente e resolutiva.

A construção de polos regionais de alta complexidade tem raízes anteriores, como mostra a matéria “Norte, Sertão Central e Cariri: hospitais da rede Sesa ampliam acesso a especialidades médicas no interior cearense” (Governo do Ceará, 5 nov. 2021). O texto destaca como o Hospital Regional Norte (HRN), o Hospital Regional do Cariri (HRC) e o HRSC passaram a ofertar neurocirurgia, cardiologia, neurologia, UTI adulto e pediátrica, terapias especializadas e diagnóstico avançado — reduzindo drasticamente transferências para Fortaleza.

A inauguração do Hospital Regional do Vale do Jaguaribe (HRVJ), relatada na matéria “Governo do Ceará entrega Hospital Regional do Vale do Jaguaribe” (Vice-Governadoria do Ceará, 26 nov. 2021), representa mais um salto qualitativo. A unidade foi projetada para atender cerca de 550 mil pessoas em 20 municípios, com UTI, centro cirúrgico, tomografia, laboratório e dezenas de especialidades previstas. Sua concepção inclui ainda ensino e pesquisa, elemento central para fixação de profissionais qualificados no interior.

O planejamento estratégico para expansão da rede também aparece na matéria “Três novos hospitais estaduais devem ser construídos no interior do CE; saiba onde” (Diário do Nordeste, 23 mar. 2025). Os novos equipamentos previstos complementam a rede, fortalecendo a regionalização da saúde e ampliando o acesso a tecnologias antes disponíveis apenas na capital.

O conjunto das reportagens evidencia que a interiorização da atenção médica especializada no Ceará não é um processo isolado, mas uma política consistente, planejada e articulada em múltiplas frentes. A expansão de hospitais regionais, a qualificação profissional, a certificação internacional de serviços, os investimentos em infraestrutura e tecnologia, bem como a integração das redes municipal, estadual e federal, contribuem para reduzir deslocamentos, diminuir o tempo de espera, aumentar a resolutividade e promover maior equidade territorial em saúde. O impacto direto desse processo é perceptível na vida dos pacientes: acesso mais rápido ao diagnóstico e ao tratamento, continuidade do cuidado em rede e melhoria de prognóstico, sobretudo em condições tempo-dependentes e doenças crônicas.

5. CONSIDERAÇÕES

A interiorização dos serviços médicos especializados no Ceará representa um avanço expressivo no campo da equidade e do acesso, consolidando-se como uma das experiências mais bem estruturadas do Brasil em regionalização da alta complexidade. A criação e o fortalecimento dos hospitais regionais, aliados à expansão das linhas de cuidado em neurocirurgia, oncologia e ortopedia/traumatologia, demonstram que a descentralização, quando planejada em rede e acompanhada de governança efetiva, pode oferecer resultados concretos na melhoria da qualidade de vida da população.

Contudo, a consolidação dessa política pública exige planejamento técnico rigoroso e visão sistêmica. É essencial evitar a pulverização ineficiente da alta complexidade, concentrando-a em macrorregiões com volume de casos compatível e equipe completa, conforme parâmetros nacionais de custo-efetividade. O mesmo princípio deve ser aplicado à formação médica: abrir indiscriminadamente novas faculdades de medicina em localidades sem estrutura hospitalar, corpo docente qualificado e rede de prática clínica consolidada não contribui para resolver a carência de especialistas — ao contrário, pode desorganizar a formação e precarizar o exercício profissional, minando a qualidade da assistência.

A sustentabilidade da interiorização também depende da valorização do trabalho médico especializado. Reduzir de forma artificial os valores pagos pelos serviços de alta complexidade ou atrasar repasses pode afastar profissionais qualificados e comprometer a continuidade assistencial. O médico especialista tende a exercer melhor sua função quando o serviço reúne quatro condições essenciais:

- Rendimento justo e pontual, compatível com a qualificação exigida;
- Infraestrutura adequada, com equipamentos atualizados, ambiente limpo e equipe multiprofissional de apoio;
- Autonomia técnica para resolver os casos atendidos, sem depender de encaminhamentos desnecessários que transmitem sensação de ineficácia profissional; e
- Perspectiva de crescimento e reconhecimento, seja por capacitação, ensino, pesquisa ou inserção em programas de residência.

Nesse contexto, destaca-se a importância das cooperativas médicas especializadas, como a Coopneuro e a Contorce, cuja parceria com o Estado tem

permitido garantir cobertura contínua e qualificada de profissionais com RQE, assegurando o padrão técnico e a regularidade do atendimento nas regiões interioranas. Esse modelo de governança compartilhada demonstra que é possível conjugar eficiência pública e valorização profissional, evitando a precarização dos vínculos e a descontinuidade dos serviços.

Para o futuro, recomenda-se consolidar a regionalização da alta complexidade em macrorregiões, expandir os programas de residência médica e multiprofissional no interior, e fortalecer os consórcios públicos de saúde como instrumentos de coordenação e sustentabilidade. Além disso, a implantação de um painel estadual de monitoramento de custo-efetividade — incluindo indicadores de acesso, resolutividade, ocupação hospitalar, custo por procedimento e satisfação do usuário — permitirá avaliar de forma objetiva o impacto da política de interiorização e orientar seus ajustes.

Em síntese, a interiorização da alta complexidade no Ceará é mais do que uma política de ampliação de leitos: trata-se de uma estratégia de desenvolvimento regional e valorização humana, que somente se consolidará plenamente se conseguir equilibrar eficiência econômica, dignidade profissional e qualidade assistencial, mantendo o foco na melhoria contínua da vida da população atendida.

6. REFERÊNCIAS

- ABDALLA, M. M.; OLIVEIRA, L. G. L.; AZEVEDO, C. E. F.; GONZALEZ, R. K. Qualidade em Pesquisa Qualitativa Organizacional: tipos de triangulação como alternativa metodológica. *Administração: Ensino e Pesquisa*, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 66–98, 2018. DOI: 10.13058/raep.2018.v19n1.578. Disponível em: <https://raep.emnuvens.com.br/raep/article/view/578>. Acesso em: 19 nov. 2025.
- AGÊNCIA GOV. No Ceará, governo federal implanta pacote de ações para reduzir o tempo de espera no SUS. mar. 2025. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202503/no-ceara-governo-federal-implanta-pacote-de-aco-es-para-reduzir-o-tempo-de-espera-no-sus>. Acesso em: 19 nov. 2025.
- AZEVEDO, G. R. et al. Uma análise temporal dos acidentes de transporte terrestre no Brasil, de 2010 a 2018. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 9, n. 3, p. 799-814, 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/8816>. Acesso em: 19 nov. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022. Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 22 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Organização da Gestão Regional de Saúde: Superintendências Regionais, Áreas Descentralizadas e Consórcios Públicos de Saúde. Fortaleza: SESA, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br>. Acesso em: 6 out. 2025.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Portfólio Políticas Estaduais da Saúde do Ceará 2021–2024. Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde; Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2025/03/Portifolio-Politicais-Estaduais-de-Saude-do-Ceara-2021_2024.pdf. Acesso em: 19 nov. 2025.

DIÁRIO DO NORDESTE. Três novos hospitais estaduais devem ser construídos no interior do CE: saiba onde. 23 mar. 2025. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/ceara/tres-novos-hospitais-estaduais-devem-ser-construidos-no-interior-do-ce-saiba-onde-1.3632565>. Acesso em: 19 nov. 2025.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B. et al. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

G1 CEARÁ. Hospital no Sertão do Ceará vira referência no tratamento do AVC e acumula prêmios internacionais. 28 dez. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2024/12/28/hospital-no-sertao-do-ceara-vira-referencia-no-tratamento-do-avc-e-acumula-premios-internacionais.ghtml>. Acesso em: 19 nov. 2025.

G1 CEARÁ. Quixeramobim é a quinta cidade da América Latina a receber certificação internacional por tratamento do AVC. 27 dez. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2024/12/27/quixeramobim-e-a-quinta-cidade-da-america-latina-a-receber-certificacao-internacional-por-tratamento-do-avc.ghtml>.

Acesso em: 19 nov. 2025.

GOVERNO DO CEARÁ. 100 hospitais são mobilizados em todo Ceará para a realização de 2.600 procedimentos no Dia C de cirurgias. 20 set. 2025. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2025/09/20/100-hospitais-sao-mobilizados-em-todo-ceara-para-a-realizacao-de-2-600-procedimentos-no-dia-c-de-cirurgias/>. Acesso em: 19 nov. 2025.

GOVERNO DO CEARÁ. Norte, Sertão Central e Cariri: hospitais da rede Sesa ampliam acesso a especialidades médicas no interior cearense. 05 nov. 2021. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2021/11/05/norte-sertao-central-e-cariri-hospitais-da-rede-sesa-ampliam-acesso-a-especialidades-medicas-no-interior-cearense/>. Acesso em: 19 nov. 2025.

LUNA, I. S.; LUNA, I. S.; BONILHA, Y. C. Cirurgias do sistema nervoso central e periférico no SUS: número de internações, permanência, gastos hospitalares e mortalidade referentes às regiões demográficas em 2016. *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia / Brazilian Neurosurgery*, v. 37, supl. 1, p. S1-S332, 2018. DOI: 10.1055/s-0038-1672422.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MATEUS, C. G.; STIBORSKI, B. P. As cooperativas médicas e o acesso à saúde: por uma vinculação dos particulares aos direitos fundamentais sociais. *Revista da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul*. Disponível em: <https://revista.defensoria.rs.def.br/defensoria/article/download/98/83/166>. Acesso em: 19 nov. 2025.

MENICUCCI, T. M. G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ROCHA, G. S.; SILVA, C. Á.; CRISPIM, L. V. Gravidade e lesões traumáticas em vítimas de acidente de trânsito internadas em um hospital público. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 11, 2021. DOI: 10.19175/recom.v11i0.3870. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3870>. Acesso em: 19 nov. 2025.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A.; PORTO, S. M. O mix público/privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L.;

ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

SOUSA, R. A. et al. Tendência temporal e distribuição espacial da mortalidade por acidentes de trânsito no Piauí, 2000-2017. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 29, n. 5, p. 1-11, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500005>. Acesso em: 19 nov. 2025.

TOBIAS, G. C. et al. Use of prehospital, hospitalization and presence of sequelae and/or disability in road traffic injury victims in Brazil. PLoS One, v. 16, n. 4, p. 1-11, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0249895>. Acesso em: 19 nov. 2025.

UZELLI, G. de P. et al. Avaliação das dificuldades enfrentadas pelo paciente para realização de uma consulta médica de nível terciário. Comunicação em Ciências da Saúde, v. 23, n. 3, p. 207-212, 2012.

VICE-GOVERNADORIA DO CEARÁ. Governo do Ceará entrega Hospital Regional do Vale do Jaguaribe. 26 nov. 2021. Disponível em: <https://www.vicegov.ce.gov.br/2021/11/26/governo-do-ceara-entrega-hospital-regional-do-vale-do-jaguaribe/>. Acesso em: 19 nov. 2025.