

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA (EMESCAM)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

SABRINA LAMAS COSTA

**A GESTÃO COMO ESTRATÉGIA PÚBLICA: UMA AVALIAÇÃO DO
PROGRAMA DE GESTÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE ASSISTENCIAL
NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (PGAQ) E SEUS EFEITOS NO
SISTEMA DE SAÚDE CAPIXABA**

VITÓRIA, ES

2026

SABRINA LAMAS COSTA

**A GESTÃO COMO ESTRATÉGIA PÚBLICA: UMA AVALIAÇÃO DO
PROGRAMA DE GESTÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE ASSISTENCIAL
NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (PGAQ) E SEUS EFEITOS NO
SISTEMA DE SAÚDE CAPIXABA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra

Área de Concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA, ES

2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

C837g Costa, Sabrina Lamas
A gestão como estratégia pública : uma avaliação do Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade Assistencial nas Redes de Atenção à Saúde (PGAQ) e seus efeitos no Sistema de Saúde Capixaba / Sabrina Lamas Costa - 2026.
133 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2026.

1. Gestão em saúde – Espírito Santo (Estado). 2. Avaliação de Programas. 3. Avaliação de Resultados – Cuidados em Saúde. 4. Rede de Atenção à Saúde. 5. Gestão hospitalar - Espírito Santo (Estado). I. Bezerra, Italla Maria Pinheiro. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.11068

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

SABRINA LAMAS COSTA

**A GESTÃO COMO ESTRATÉGIA PÚBLICA: UMA AVALIAÇÃO DO
PROGRAMA DE GESTÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE ASSISTENCIAL
NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (PGAQ) E SEUS EFEITOS NO
SISTEMA DE SAÚDE CAPIXABA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 30 de março de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Orientadora)

Profa. Dra. Fabiana Rosa Neves Smiderle
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Membro Interno)

Prof. Dr. Francisco Naildo Cardoso Leitão
Universidade Federal do Acre (UFAC)
(Membro Externo)

AGRADECIMENTO

Sou, profundamente, grata a Deus por ter me guiado e dando-me forças para seguir em frente nesta jornada acadêmica, mesmo quando as coisas não pareciam tão confiantes. Sua mão protetora sempre esteve presente, sustentando-me e encorajando-me a persistir. Sem o Seu amor e graça, eu não teria chegado até aqui. Por isso, agradeço, do fundo do meu coração, por nunca ter me abandonado. Que eu possa continuar a honrá-Lo em tudo o que faço. Amém!

Ao meu esposo, Fábio, quero expressar minha profunda gratidão, meu companheiro e parceiro de vida. Você tem sido meu porto seguro ao longo de toda esta jornada. Sua presença constante, seu apoio diário e sua dedicação em tornar minha rotina mais fácil foram um grande alento para mim. Sua presença me traz leveza e confiança.

Às minhas amadas filhas, Anna Carolina, Ana Clara e Maria Rita, não há palavras suficientes para expressar a minha gratidão a vocês, que tem sido uma fonte constante de apoio, incentivo e amor ao longo desta jornada. Desde o início, vocês estiveram ao meu lado, incentivando-me a continuar, mesmo quando as coisas pareciam difíceis. A presença de vocês sempre me trouxe conforto e alegria, sendo um lembrete diário de que nunca estou sozinha. Vocês me inspiram e me motivam a ser melhor todos os dias.

À minha mãe, Maria Eucimar, minha profunda gratidão, sempre estive ao meu lado, mesmo quando a distância nos separava. Suas palavras de encorajamento e seus gestos de amor e apoio foram minha maior motivação, ajudando-me a superar todas as dificuldades que encontrei no caminho. Seu exemplo de força e de perseverança me inspira todos os dias e faz-me querer ser uma pessoa melhor. Sou grata por tudo o que você fez e continua fazendo por mim. Prometo honrar todo o amor e sacrifício que dedicou a mim. Amo você.

Às minhas irmãs e amigas, Angélica, Ronalda e Maria Eduarda. Agradeço por todas as palavras gentis que me ajudaram a superar os momentos mais difíceis. Espero poder retribuir todo o amor e apoio que vocês me deram. Desejo

que possamos continuar a caminhar juntas nesta jornada chamada vida. Vocês são três irmãs incríveis e sou, profundamente, grata por tê-las em minha vida.

À minha orientadora, Prof.^a Ítalla Maria Pinheiro Bezerra, pela orientação criteriosa, pela confiança depositada em mim e pela generosidade em compartilhar seu conhecimento com tanta dedicação e zelo. Sua presença constante, incentivo e sensibilidade foram essenciais para a construção deste trabalho e, mas principalmente, pelo meu desenvolvimento acadêmico e profissional.

À banca examinadora, pela disponibilidade, pelas contribuições valiosas e pelo olhar atento dedicado à avaliação deste estudo. Sou profundamente grata por cada sugestão, questionamento e reflexão, que enriqueceram significativamente esta dissertação.

A experiência e a habilidade de avaliar o meu trabalho me permitiram alcançar novos patamares de excelência e melhorar, significativamente, a qualidade do meu projeto. Agradeço, imensamente, por todo o esforço e pela contribuição ímpar e, especialmente, por acreditarem em mim e em minha pesquisa. Vocês são verdadeiros mentores e modelos a serem seguidos. Minha profunda gratidão pela oportunidade de aprender com vocês. Muito obrigada pelo apoio!

Um agradecimento a equipe fantástica do Instituto de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde pelo apoio, pelo incentivo e por várias vezes me ouvirem e não me deixar desistir no meio do caminho e me por fazerem acreditar que seria possível mesmo diante de todas as dificuldades. Obrigada por cada palavra.

Em especial quero agradecer ao Programa de Gestão do Acesso e Qualidade Assistencial das Redes de Atenção à Saúde do ICEPi, em especial a Karla, Luciene, Bruna, Anne e Ricardo, estendo esse agradecimento aos demais colegas e amigos do programa, que me apoiaram e não mediram esforços para que eu pudesse realizar esta pesquisa. Vocês estiveram, ao meu lado, apoiando-me e torcendo por mim em todos ao longo de toda essa jornada. A amizade e o apoio de vocês foram um grande alento para mim ao longo de todo o processo e deram-me a confiança necessária para seguir em frente. Os gestos de carinho, as palavras de encorajamento e o tempo dedicado a me ajudar nunca serão

esquecidos. Sou, profundamente, grata. Vocês são verdadeiros presentes em minha vida e estarão para sempre em meu coração. Obrigada por tudo.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro, que possibilitou a realização desta pesquisa. Ser bolsista representou não apenas um reconhecimento, mas também um importante estímulo para perseguir a excelência científica.

Às minhas amigas, que foram apoio, força e acolhimento durante todo o processo. Cada palavra de incentivo, cada gesto de carinho e cada demonstração de parceria fizeram diferença nos dias mais difíceis e tornaram esta caminhada mais leve e possível.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, colegas, professores, familiares e profissionais que cruzaram meu caminho, registro minha gratidão sincera. Este trabalho é também fruto do aprendizado, da troca e do apoio de cada um de vocês.

RESUMO

Introdução: A gestão pública em saúde no Brasil tem passado por significativas transformações, marcadas pela transição de modelos burocráticos para abordagens gerencialistas e, mais recentemente, pós-gerencialistas. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), essas mudanças refletem o esforço contínuo em promover maior eficiência, qualidade e equidade na atenção à saúde. O Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade Assistencial (PGAQ), desenvolvido no estado do Espírito Santo, constitui uma iniciativa inovadora voltada à integração de estratégias de regulação assistencial, aprimoramento de processos e fortalecimento da segurança do paciente, com foco na qualificação da assistência hospitalar. **Objetivo:** Analisar a implementação e os efeitos do PGAQ no sistema hospitalar público capixaba, considerando indicadores assistenciais e os instrumentos normativos do programa. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa do tipo avaliativa. O cenário do estudo abrangeu seis hospitais da rede estadual (HINSG, HEAC, HESVV, HDS, HMSA e HRAS). A coleta de dados ocorreu por meio de análise documental comparativa e extração de indicadores do sistema de informação hospitalar, comparando-se o período pré-implantação (2017 a 2019) com o pós-implantação (2021 a 2023). **Resultados:** Os resultados quantitativos demonstraram impactos heterogêneos: unidades como o HEAC e o HDS registraram avanços expressivos na produtividade e no acesso, com aumento do giro de leitos e forte redução da taxa de rejeição de vagas, embora tenham apresentado elevação na taxa de mortalidade justificada pela alta complexidade clínica absorvida; o HRAS obteve melhorias consistentes na descentralização do acesso; o HINSG e o HMSA mantiveram estabilidade operacional com ganhos resolutivos na regulação; e o HESVV apresentou piora na velocidade dos indicadores operacionais, fato inerente à sua vocação estratégica para cuidados paliativos e crônicos prolongados. A análise qualitativa evidenciou um desenho normativo robusto e coerente com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), porém revelou que os relatórios institucionais, ao apresentarem dados predominantemente agregados, tendem a mascarar as particularidades dos territórios. **Considerações finais:** Conclui-se que o PGAQ se configura como um relevante instrumento de indução estatal para a qualificação da gestão hospitalar e fortalecimento do Núcleo Interno de Regulação (NIR). Contudo, sua efetividade é diretamente impactada pelas assimetrias interinstitucionais, evidenciando a necessidade de uma avaliação de desempenho baseada em evidências locais, que considere o perfil epidemiológico, a capacidade instalada e a integração efetiva de cada hospital à Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Palavras-chave: Avaliação de Programas; Gestão em Saúde; Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Public health management in Brazil has undergone significant transformations, marked by the transition from bureaucratic models to managerial approaches and, more recently, post-managerial ones. Within the scope of the Unified Health System (SUS), these changes reflect the continuous effort to promote greater efficiency, quality, and equity in healthcare. The Access and Care Quality Management Program (PGAQ), developed in the state of Espírito Santo, constitutes an innovative initiative aimed at integrating healthcare regulation strategies, improving processes, and strengthening patient safety, with a focus on the qualification of hospital care. **Objective:** To analyze the implementation and effects of the PGAQ in the public hospital system of Espírito Santo, considering care indicators and the program's regulatory instruments. **Methods:** This is an evaluative type of research. The study setting covered six hospitals of the state network (HINSG, HEAC, HESVV, HDS, HMSA, and HRAS). Data collection occurred through comparative document analysis and extraction of indicators from the hospital information system, comparing the pre-implementation period (2017 to 2019) with the post-implementation period (2021 to 2023). **Results:** Quantitative results demonstrated heterogeneous impacts: units such as HEAC and HDS showed significant advances in productivity and access, with increased bed turnover and a strong reduction in the vacancy rejection rate, although they presented an increase in the mortality rate justified by the high clinical complexity handled; HRAS achieved consistent improvements in the decentralization of access; HINSG and HMSA maintained operational stability with problem-solving gains in regulation; and HESVV showed a worsening in the speed of operational indicators, a fact inherent to its strategic focus on palliative and prolonged chronic care. Qualitative analysis highlighted a robust and coherent normative design with the guidelines of the Unified Health System (SUS), but revealed that institutional reports, when presenting predominantly aggregated data, tend to mask the particularities of the territories. **Final considerations:** It is concluded that the PGAQ constitutes a relevant instrument of state induction for the qualification of hospital management and strengthening of the Internal Regulation Center (NIR). However, its effectiveness is directly impacted by interinstitutional asymmetries, highlighting the need for a performance evaluation based on local evidence, which considers the epidemiological profile, installed capacity, and effective integration of each hospital into the Health Care Network (RAS).

Keywords: Program Evaluation; Health Management; Evaluation of Results in Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização dos hospitais selecionados para o estudo	48
Figura 2 – Avaliação Normativa	57
Figura 3 – Modelo Analítico da Avaliação do PGAQ	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução do Número de Leitos dos Hospitais da Rede Própria da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (2017 – 2023).	50
Tabela 2 – Evolução do Número de Leitos dos Hospitais da Rede Própria da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Hospital Estadual de Atenção Clínica (2017-2023).	51
Tabela 3 – Evolução do Número de Leitos dos Hospitais da Rede Própria da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Hospital Estadual de Vila Velha (2017-2023).	52
Tabela 4 – Evolução do Número de Leitos dos Hospitais da Rede Própria da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Hospital Doutor Dório Silva (2017-2023).	53
Tabela 5 – Evolução do Número de Leitos dos Hospitais da Rede Própria da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Hospital Maternidade Silvio Avidos (2017-2023).	54
Tabela 6 – Evolução do Número de Leitos dos Hospitais da Rede Própria da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silvaes (2017-2023).	55
Tabela 7 – Classificação e critérios para os resultados.	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Indicadores e desfechos clínicos para avaliação da implementação e impacto do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais públicos do Espírito Santo. Espírito Santo, ES, Brasil, 2025.	60
Quadro 2 – Relação de documentos institucionais e normativos analisados e seus respectivos objetivos analíticos. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.	64
Quadro 3 – Estratégia de Análise do PGAQ sob a Perspectiva Normativa e das Políticas Públicas. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.	65
Quadro 4 – Coerência com os Objetivos do PGAQ. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.	67
Quadro 5 – Efeitos sobre os Indicadores Assistenciais. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.	68
Quadro 6 – Conformidade com os princípios do SUS: Como será feita a análise. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.	70
Quadro 7 – Classificação, critérios e definição para os resultados.	75
Quadro 8 – Análise dos indicadores do Hospital HDS. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.	76
Quadro 9 – Análise dos indicadores do Hospital HEAC. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.	76
Quadro 10 – Análise dos indicadores do Hospital HESVV. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.	77
Quadro 11 – Análise dos indicadores do Hospital HINSG. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.	78
Quadro 12 – Análise dos indicadores do Hospital HMSA. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.	79
Quadro 13 – Análise dos indicadores do Hospital HRAS. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.	79
Quadro 14 – Resultado da análise geral dos indicadores por unidade hospitalar. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.	80
Quadro 15 – Síntese da Análise Documental do PGAQ por Eixos Analíticos. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.	83
Quadro 16 – Matriz de Coerência Analítica da Avaliação do PGAQ. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.	88
Quadro 17 – Quadro de Síntese Analítica dos Resultados da Avaliação do PGAQ. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.	89

LISTA DE SIGLAS

ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ARFT	Autorregulação Formativa Territorial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DASP	Departamento de Serviço Público
EGA	Escritório de Gestão de Alta
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNQ	Fundação Nacional da Qualidade
HEAC	Hospital Estadual de Atenção Clínica
HEDS	Hospital Estadual Dório Silva
HESVV	Hospital Estadual de Vila Velha
HINSG	Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória
HMSA	Hospital Maternidade Silvio Avidos
HRAS	Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveses
ICEPi	Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LIMPE	Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência
MEG	Modelo de Excelência em Gestão
MH	Medicina Hospitalar
NERI	Núcleo Especial de Regulação de Internação
NGP	Nova Gestão Pública
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NQSP	Núcleo da Qualidade da Segurança do Paciente
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSs	Organizações Sociais
PGAQ	Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade da Assistência nas Redes de Atenção à Saúde
PID	Programa de Internação Domiciliar

PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPI	Programação Pactuada Integrada
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PSO	Public Service Orientation
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1 INTRODUÇÃO.	17
2 REVISÃO DE LITERATURA... ..	21
2.1 MODELOS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: BUROCRÁTICO, GERENCIALISTA E PÓS-GERENCIALISMO	21
2.2 FASES DO GERENCIALISMO E PÓS-GERENCIALISMO.....	22
2.2.1 Pós-Gerencialismo: Governança e Novos Paradigmas.....	24
2.3 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E SAÚDE: INTERFACES, DESAFIOS E PRÁTICAS CONTEMPORÂNEAS	26
2.4 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: MODELOS E INDICADORES.....	31
2.5 ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DO SUS: UMA PERSPECTIVA TERRITORIALIZADA.....	35
2.6 TERRITÓRIO, REDES DE ATENÇÃO E INOVAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE	38
2.6.1 O Território como Categoria Analítica em Saúde.	38
2.6.2 Inovação em Gestão e o Papel do ICEPi no Espírito Santo.....	39
2.7 PROGRAMAS DE GESTÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (PGAQ).	41
3 OBJETIVOS.....	45
3.1 OBJETIVO GERAL.....	45
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
4 MÉTODO.....	46
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	46
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.	47
4 2.1 Caracterização das unidades hospitalares cenários do estado	48
4.2.1.1 Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG).	48
4.2.1.2 Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC).....	50
4.2.1.3 Hospital Estadual de Vila Velha (HESVV).	51

4.2.1.4 Hospital Estadual Doutor Dório Silva (HDDS).....	52
4.2.1.5 Hospital Maternidade Silvio Avidos (HMSA).....	54
4.2.1.6 Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silares (HRAS).....	54
4.3 COLETA DE DADOS.....	55
4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	56
4.4.1 Análises dos dados.	59
4.4.1.1 Apreciação da estrutura: avaliação de indicadores quantitativos	59
4.4.1.2 Apreciação da estrutura: avaliação de indicadores quantitativos	62
4.4.1.3 Descrição dos eixos de Análise Crítica do PGAQ	66
4.4.1.4 Apreciação dos resultados	72
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	73
5 RESULTADOS	74
5.1 APRECIÇÃO DA ESTRUTURA: AVALIAÇÃO DE INDICADORES ASSISTENCIAIS.....	74
5.1.1 Hospital Estadual Dório Silva (HDS).	75
5.1.2 Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC).	76
5.1.3 Hospital Estadual de Vila Velha (HESVV).	77
5.1.4 Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória.....	78
5.1.5 Hospital Maternidade Silvio Avidos (HMSA)	78
5.1.6 Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silares (HRAS).....	79
6 DISCUSSÃO.	92
6.1 ESTADO, GOVERNANÇA E INDUÇÃO DA GESTÃO HOSPITALAR NO ÂMBITO DO PGAQ.....	92
6.2 TERRITÓRIO E ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	98
6.3 INDICADORES HOSPITALARES E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NO SUS.	104
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS.....	117
APÊNDICE A.....	125
ANEXO A.....	126

APRESENTAÇÃO

Minha experiência profissional é marcada pela vivência de diferentes modelos e desafios da administração hospitalar. Minha jornada profissional iniciou como enfermeira voluntária em um hospital filantrópico na Região Sul do Espírito Santo e na Secretaria Municipal de Saúde, atuando na gestão da Atenção Primária à Saúde. Foi nesse período que tive meu primeiro contato com indicadores e gestão por resultados em saúde, o que impulsionou o aprofundamento dos meus conhecimentos na área. Posteriormente, atuei diretamente na assistência hospitalar em serviços de referência para o Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente nas áreas de urgência e emergência, oncologia e cardiologia. Atualmente, participo de projetos de inovação em saúde focados na implementação de ferramentas para melhorar o acesso aos serviços hospitalares. Esse movimento contínuo de busca por qualificação, somado à minha experiência com processos regulatórios e liderança de equipes multidisciplinares, foi o caminho que culminou na minha decisão de ingressar no mestrado, com o intuito de aprimorar minha formação intelectual e contribuir de forma mais efetiva para o avanço do serviço público de saúde.

Antes de ingressar no programa de mestrado, eu era uma profissional focada na vivência prática e nas demandas dos serviços, impulsionada pelo desejo empírico de resolver os gargalos operacionais da assistência e da regulação. No entanto, o ingresso no Programa de Pós-Graduação representou um verdadeiro divisor de águas na minha trajetória.

Durante o mestrado, pude vivenciar intensamente as práticas do **ensino, pesquisa e extensão**. No **ensino**, as aulas teóricas e os debates me proporcionaram uma base sobre políticas públicas, governança e avaliação em saúde, dando contorno científico àquilo que eu já vivenciava no cotidiano. Na perspectiva da **pesquisa**, tive a oportunidade de aprofundar na avaliação do PGAQ, aprendi a estruturar o pensamento analítico, cruzando dados gerados e referenciais teóricos para entender as engrenagens do Estado e do território. Além disso, as oportunidades de **extensão** e as trocas acadêmicas ao longo do

programa me fortaleceram imensamente, permitindo colocar a teoria em prática nos meus projetos de inovação, NIR e EGA.

Hoje me considero uma profissional transformada. Compreendo de forma crítica que um indicador hospitalar não é apenas uma métrica gerencial e burocrática, mas o reflexo direto das desigualdades do nosso território, das vulnerabilidades sociais e da capacidade de intervenção do Estado na garantia do direito à saúde.

A escolha por pesquisar a gestão hospitalar e os impactos da implantação do Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade Assistencial nas Redes de Atenção à Saúde (PGAQ), baseia-se na relevância desse tema para a otimização de recursos, a humanização do cuidado e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Acredito que a qualificação desse processo é essencial para garantir o respeito à autonomia do paciente e à continuidade do seu cuidado mesmo fora do ambiente hospitalar. Por ter vivenciado de perto os desafios diários de implementar fluxos de regulação, de assistência e de desospitalização, percebi que a articulação efetiva entre as redes de atenção é um fator fundamental para o sucesso institucional e o cumprimento das políticas públicas. Já na perspectiva social, pude observar que os avanços no campo da gestão hospitalar e regulação de leitos têm o poder de impactar diretamente a qualidade da assistência oferecida à população, otimizando os resultados clínicos e reduzindo custos operacionais, o que se mostra especialmente relevante no atual contexto de restrições orçamentárias e da premente necessidade de inovação tecnológica e gerencial no SUS.

No tocante à linha de pesquisa, optei por **“Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais”** devido ao seu enfoque interdisciplinar e à sua capacidade de ajudar a compreender como as políticas públicas orientam o funcionamento estrutural do SUS. Essa linha converge perfeitamente com meu tema de dissertação, pois permite analisar os desafios contemporâneos relacionados à universalidade, integralidade e equidade, investigando os processos de gestão e conectando conceitos da saúde coletiva com inovação e desenvolvimento sustentável. Trata-se de uma perspectiva sistêmica necessária para o meu estudo, uma vez que possibilita articular os aspectos "macro" da

política (governança, financiamento e regulação estatal) com os “micros” processos institucionais vivenciados no cotidiano dos hospitais capixabas.

A minha banca de defesa foi composta por profissionais de notória expertise na área de políticas públicas e ciências da saúde, cujas trajetórias contribuirão significativamente para o rigor e aprimoramento deste trabalho:

- **Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra (Orientadora - EMESCAM):** como orientadora e pesquisadora da instituição, sua expertise em políticas públicas e metodologias de avaliação em saúde é a base que norteia o rigor científico, metodológico e o desenvolvimento crítico de toda a pesquisa.
- **Profa. Dra. Fabiana Rosa Neves Smiderle (Membro Interno - EMESCAM):** sua visão institucional e conhecimento focado em processos e saúde coletiva contribuem diretamente para a validação das análises documentais e da contextualização da rede de atenção capixaba abordada na dissertação.
- **Prof. Dr. Francisco Naildo Cardoso Leitão (Membro Externo - UFAC):** vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - na Amazônia Ocidental - da Universidade Federal do Acre, seu olhar externo agregou valiosas contribuições sobre as dinâmicas de regionalização e os desafios universais de implementação de políticas de saúde em diferentes territórios do SUS.

Gostaria de destacar, ainda, a minha trajetória ao longo deste Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM e o impacto que ele trouxe para a minha vida pessoal e profissional. O mestrado representou um novo paradigma na minha visão de mundo. Se antes a minha perspectiva era mais voltada à assistência direta e à resolução puramente administrativa e técnica dos fluxos hospitalares, o programa me proporcionou a maturidade necessária para enxergar o cenário "macro". O aprofundamento teórico me permitiu compreender que um leito hospitalar e a fila de regulação não são apenas números gerenciais, mas reflexos diretos das expressões da questão social e das dinâmicas complexas do território. Pessoalmente, essa jornada acadêmica me trouxe maior senso crítico, resiliência, frente aos desafios da pesquisa, e uma capacidade analítica mais profunda. Profissionalmente, transformou a minha forma de atuação: hoje,

compreendo a gestão em saúde não apenas como a aplicação de ferramentas e indicadores, mas como um instrumento ético, político e estruturante para a mitigação das desigualdades e a garantia do direito à saúde no SUS.

Após as considerações introdutórias apresentadas, neste primeiro capítulo, para um aprofundamento do objeto de estudo e responder à pergunta proposta, o presente projeto de pesquisa foi estruturado da seguinte forma: o capítulo dois apresenta uma revisão narrativa sobre os principais marcos históricos que delinearam a trajetória da administração pública brasileira, bem como os modelos de gestão e a organização do PGAQ no Espírito Santo. Para a escrita deste capítulo, foram utilizados livros, dissertações, artigos e consulta a documentos públicos internacional, nacional e regional, disponíveis nos sites oficiais da Secretaria Estadual de Saúde, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, entre outros.

Nos capítulos seguintes, 3 e 4, estão descritos, respectivamente, os objetivos para responder à pergunta de pesquisa e os métodos delineados para atingi-los. O capítulo 5 aponta os aspectos éticos que norteiam a pesquisa. Os próximos capítulos, apresentam os resultados a partir da análise realizada com foco nos indicadores assistenciais e análise dos documentos normativos do PGAQ, com foco na estratégia inovadora implementada, o Projeto do Núcleo Interno de Regulação (NIR). Nas Considerações Finais, por sua vez, destaco que, por meio do PGAQ, o governo estadual supera a dimensão puramente normativa e consolida a coordenação efetiva do SUS na rede hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

A administração pública brasileira tem sido historicamente marcada por sucessivas reformas que refletem diferentes concepções de Estado e de gestão. Desde o modelo burocrático, consolidado a partir da década de 1930 com a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), até as propostas gerencialistas dos anos 1990, observa-se um movimento contínuo em direção à busca por maior eficiência, racionalidade e responsividade na prestação dos serviços públicos (Bresser-Pereira, 1996; Meirelles, 2004). O modelo burocrático, alicerçado nos princípios weberianos de impessoalidade, hierarquia e normatização, embora tenha contribuído para a profissionalização da máquina estatal, mostrou-se insuficiente diante das demandas crescentes da sociedade e da complexidade que caracteriza a gestão pública contemporânea (Abrucio, 1997; Paes de Paula, 2005).

Nesse cenário, o gerencialismo emergiu como uma alternativa voltada à eficiência e à gestão por resultados, incorporando práticas do setor privado à administração pública. No entanto, sua aplicação acrítica - especialmente no setor da saúde - produziu tensões entre a lógica da *performance* e os princípios democráticos e sociais que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, a equidade e a integralidade (Paim, 2008; Oliveira et al., 2015). Em face das limitações desse modelo, o paradigma pós-gerencialista propõe uma administração pública orientada pela governança colaborativa, pela coprodução de políticas e pela valorização da participação social, buscando conciliar eficiência administrativa com justiça social e cidadania plena (Osborne, 2006; Pestoff, 2012).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e após sua consolidação com a Lei Orgânica de 1990, muitos foram os avanços alcançados pelo SUS, entretanto, é cada vez mais evidente os desafios de superar a fragmentação das ações e serviços, e também, em qualificar a gestão do cuidado, uma vez que o modelo de atenção à saúde é fundamentado em ações curativas, focado no cuidado médico e organizado com ações e serviços de saúde dimensionadas a partir da oferta (Brasil, 2010).

O cenário da gestão e a organização da atenção no SUS, caracteriza-se pela fragmentação dos serviços, dos programas, das ações e das práticas

clínicas, fortemente hegemônico, conforme Mendes (2011). Mendes ainda destaca que superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma "associação fina da técnica e da política", para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança (Brasil, 2010). Desse modo, a solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

No campo da saúde, essas transformações se manifestam na reorganização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), concebidas como estratégias para superar a fragmentação dos serviços e assegurar a integralidade do cuidado, por meio de arranjos territoriais e interinstitucionais articulados (Monken, Barcellos, 2005; Mendes, 2011).

Na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde, os hospitais são pontos de atenção com acesso regulado, articulados com a Atenção Primária à Saúde (APS), compondo a RAS (Brasil, 2013). Os hospitais são reconhecidos como serviços de saúde de alta complexidade, e densidade tecnológica, voltados ao cuidado de pacientes com condições agudas ou crônicas que demandam assistência contínua, frequentemente em regime de internação. Integram, assim ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças (Brasil, 2013).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) estabelece que a gestão hospitalar deve pautar-se na “garantia do acesso e da qualidade da assistência; no cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor; na eficiência e transparência da aplicação dos recursos; e no planejamento participativo e democrático” (Brasil, 2013). Para assegurar que o cuidado hospitalar seja acessível, seguro e efetivo, ao mesmo tempo em que busca a redução de custos indevidos, diversas estratégias de gestão vêm sendo desenvolvidas e testadas em diferentes contextos (Massuda, 2022).

Massuda (2022) aponta que essas estratégias, como a definição de perfil hospitalar de forma regionalizada; a Autorregulação Formativa Territorial

(ARFT); o fortalecimento das ferramentas de regulação interna dos hospitais da rede estadual e os arranjos organizacionais foram iniciativas importantes na gestão do SUS capixaba, a fim de fortalecer a integração e articulação das redes.

Assim, no Espírito Santo, com a criação do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) e a implementação do Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade da Assistência nas Redes de Atenção à Saúde (PGAQ) representam esforços concretos de inovação institucional e territorialização da política pública hospitalar (Espírito Santo, 2019).

O PGAQ articula estratégias inovadoras, como o Núcleo Interno de Regulação (NIR), os Escritórios de Gestão de Alta (EGA), a Medicina Hospitalar (MH) e os Núcleos da Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), com o propósito de qualificar a gestão hospitalar e ampliar o acesso com qualidade (Espírito Santo, 2021).

Desde sua criação, o programa vem consolidando ações voltadas à melhoria do acesso, da qualidade hospitalar e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Espírito Santo, 2021). Entretanto, como toda iniciativa inovadora, sua implementação apresenta desafios e requer avaliação sistemática de resultados, a fim de subsidiar a tomada de decisão e produzir evidências científicas que fortaleçam a gestão institucional.

Diante desse cenário, este estudo tem por objetivo avaliar a implementação e os efeitos do PGAQ nos hospitais públicos estaduais, considerando sua coerência normativa, seus impactos sobre os indicadores assistenciais e sua articulação com os princípios do SUS e com os modelos contemporâneos de gestão pública. A análise adota uma abordagem normativa e crítica, que reconhece o papel do Estado como promotor de políticas públicas voltadas à qualidade, equidade e eficiência, sem desconsiderar os limites estruturais e as contradições inerentes à gestão da saúde em contextos marcados por desigualdades regionais e desafios operacionais.

O problema central que orienta esta pesquisa é: em que medida o Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade (PGAQ) tem promovido melhorias na qualidade do cuidado hospitalar público no Espírito Santo, considerando a coerência entre sua formulação normativa e sua execução prática, seus efeitos sobre os indicadores assistenciais e sua articulação com os princípios do SUS e com os modelos contemporâneos de gestão e redes de

atenção à saúde? Parte-se da hipótese de que o PGAQ contribui significativamente para o aprimoramento da gestão hospitalar no estado, alinhando-se aos princípios constitucionais do SUS e promovendo avanços nos indicadores assistenciais nos hospitais participantes.

A avaliação de sua implementação e de seus efeitos é fundamental para verificar sua aderência aos princípios constitucionais do SUS, universalidade, equidade, integralidade e descentralização e para identificar avanços e desafios na construção de redes de atenção à saúde territorializadas e integradas. Este estudo, portanto, contribui para o fortalecimento da governança em saúde e para a formulação de estratégias mais eficazes na gestão hospitalar pública.

A relevância da pesquisa reside na necessidade de compreender como os modelos contemporâneos de gestão pública vêm sendo incorporados às políticas de saúde, especialmente no contexto hospitalar do SUS. A trajetória da administração pública brasileira - marcada pela transição dos modelos burocráticos, gerencialista e pós-gerencialista - evidencia as tensões entre a busca por eficiência administrativa e garantia dos direitos sociais. O PGAQ, ao propor estratégias de regulação, gestão da clínica e monitoramento de indicadores, insere-se nesse debate como uma política pública indutora de qualidade e ampliação do acesso.

Ao identificar lacunas e oportunidades de aprimoramento, espera-se que este estudo contribua para o fortalecimento das redes de atenção, a melhoria da qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a eficiência operacional. Além disso, seus resultados poderão fornecer subsídios valiosos a gestores e formuladores de políticas públicas, favorecendo o desenvolvimento de modelos governança mais eficazes e sustentáveis no âmbito do SUS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MODELOS DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: BUROCRÁTICO, GERENCIALISTA E PÓS-GERENCIALISMO

Bobbio, Matteucci, Pasquino (1998) destacam que a administração pública corresponde ao conjunto de atividades voltadas à execução concreta das tarefas consideradas de interesse coletivo em uma comunidade ou organização estatal. De forma complementar, Klering, Porsse e Guadagnin (2010), definem-na como o conjunto de processos, estruturas e práticas destinadas à gestão eficiente e eficaz dos recursos e serviços públicos, buscando atender às necessidades sociais. Essa perspectiva evidencia o papel da administração pública como instrumento essencial para a promoção do bem-estar social e para a efetividade das políticas públicas. Meirelles (2004), por sua vez, compreende essa administração como o conjunto de serviços e entidades vinculado ao Estado, ressaltando sua amplitude institucional.

Essas definições convergem ao apontar que a administração pública transcende a mera gestão de recursos e serviços, abrangendo também a articulação entre diferentes níveis de governo, setores sociais e estruturas organizacionais (Bresser-Pereira, 1996). Tal compreensão reforça o papel como eixo estratégico da administração pública na promoção do bem comum e na consolidação de políticas públicas efetivas.

A trajetória da administração pública brasileira revela um processo contínuo de reformas, cada qual marcada por distintas concepções de Estado e de gestão. O modelo burocrático, inspirado nos princípios weberianos de impessoalidade, hierarquia e normatização, consolidou-se no Brasil a partir da década de 1930, com a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP). Esse modelo buscava profissionalizar a máquina estatal e superar o patrimonialismo, caracterizado pela confusão entre as esferas pública e privada (Bresser-Pereira, 1996). Embora tenha representado um avanço institucional, a burocracia mostrou-se excessivamente rígida e pouco responsiva às demandas sociais em constante transformação (Meirelles, 2004).

Como apontam Fadul e Souza (2005), o marco inicial das reformas administrativas brasileiras ocorreu na década de 1930, com o Departamento

Administrativo do Serviço Público (DASP), que introduziu princípios como a impessoalidade, a profissionalização e a formalização de processos. No entanto, foi na década de 1990 que a reforma administrativa ganhou maior destaque, com a chamada Reforma do Estado e a institucionalização da Lei da Reforma do Estado Brasileiro, que incorporou elementos do gerencialismo e reforçou a busca por eficiência, resultados e maior proximidade com o cidadão.

Nas décadas de 1980 e 1990, a crise fiscal do Estado e as transformações do capitalismo global impulsionaram a busca por um novo modelo de gestão pública. Nesse contexto, emergiu o gerencialismo, vinculado ao movimento internacional da Nova Gestão Pública (NGP), que defendia a incorporação de práticas do setor privado ao setor público, como a gestão por resultados, a contratualização, a *accountability* e o foco no cidadão-cliente (Hood, 1991).

No Brasil, esse movimento foi liderado por Luiz Carlos Bresser-Pereira no âmbito da reforma do Estado de 1995, instituída a partir do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (Bresser-Pereira, 1996). O objetivo era modernizar a administração pública, tornando-a mais eficiente e menos onerosa, por meio de instrumentos como contratos de gestão, indicadores de desempenho e maior autonomia gerencial.

Apesar de sua ampla difusão, o gerencialismo passou a ser alvo de críticas em virtude de sua excessiva dependência de ferramentas oriundas do setor privado, nem sempre adequadas às particularidades do setor público. Soma-se a esse desafio a necessidade de conciliar a busca por eficiência com a garantia da equidade social e com o fortalecimento da participação democrática nos processos decisórios - aspectos fundamentais para a legitimidade da administração pública (Paes de Paula, 2005).

2.2 FASES DO GERENCIALISMO E PÓS-GERENCIALISMO

No Brasil, o gerencialismo ganhou destaque e foi institucionalizado durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), por meio da Reforma do Estado conduzida por Luiz Carlos Bresser-Pereira. Essa reforma teve como propósito superar tanto o patrimonialismo quanto as limitações do modelo burocrático tradicional, promovendo a construção de um Estado mais

moderno, eficiente e orientado para resultados. Entre suas principais iniciativas, destacam-se a criação de agências reguladoras e a adoção de contratos de gestão - mecanismos que buscavam conferir maior autonomia e flexibilidade às entidades da administração indireta (Bresser-Pereira, 1996; Burgos; Bellato, 2019).

Apesar dos avanços alcançados, a implementação desse modelo enfrentou obstáculos práticos, sobretudo devido à persistência de traços burocráticos e à necessidade de adaptar instrumentos típicos do setor privado às especificidades e finalidades próprias da administração pública (Klering; Porsse; Guadagnin, 2010).

O gerencialismo surge como uma resposta às deficiências de eficiência e à escassez de recursos enfrentadas pelo Estado, configurando-se, entretanto, não como um modelo homogêneo ou estático, mas como um processo em constante transformação. Conforme destaca Abrucio (1997), a experiência britânica – amplamente reconhecida como referência na literatura – permite identificar três fases distintas: o Gerencialismo Puro, centrado na racionalização de custos e na busca por eficiência; o Consumerismo, que introduz o cidadão como cliente e enfatiza a qualidade dos serviços; e o *Public Service Orientation* (PSO) - que amplia a perspectiva gerencial ao incorporar princípios de *accountability*, transparência e orientação para resultados sociais mais amplos.

Segundo Collen (2016), o gerencialismo surgiu com o propósito de reduzir as disfunções da burocracia tradicional, buscando tornar o serviço público mais eficiente, as normas mais flexíveis e as estruturas hierárquicas menos rígidas. Em sua fase inicial, o foco esteve voltado para a dimensão financeira, com a adoção de medidas de contenção de custos e redução de pessoal. Contudo, para alcançar níveis mais elevados de eficiência, o modelo passou a incorporar mecanismos de avaliação de desempenho, enfatizando a importância da definição clara de responsabilidades individuais e de objetivos organizacionais.

Entretanto, os limites do gerencialismo logo se tornaram evidentes. Abrucio (1997) argumenta que a importação acrítica de modelos oriundos do setor privado não considerou as especificidades da administração pública brasileira, marcada por profundas desigualdades regionais e pela necessidade de universalização dos serviços. Paes de Paula (2005) ressalta que, ao privilegiar a eficiência, a lógica gerencialista pode fragilizar valores fundamentais

como a equidade, a democracia participativa e a cidadania. No campo da saúde, a adoção de práticas gerencialistas - como a contratualização no SUS - muitas vezes resultou na padronização de metas dissociadas da realidade territorial, gerando tensões entre a busca por desempenho e a efetivação do direito à saúde (Oliveira *et al.*, 2015).

Diante dessas críticas, tem ganhado destaque o debate sobre o chamado pós-gerencialismo, também conhecido como governança pública contemporânea, que busca conciliar a eficiência administrativa com valores democráticos e sociais. Esse novo paradigma reconhece que a gestão pública deve ultrapassar a lógica meramente mercantil, incorporando princípios como transparência, participação social, cooperação interinstitucional e inovação tecnológica.

De acordo com Osborne (2006), a governança pública enfatiza a construção de redes colaborativas, a coprodução de serviços e o fortalecimento do controle social. No contexto brasileiro, essa perspectiva se manifesta em experiências de gestão participativa, na atuação de conselhos de políticas públicas e integração intersetorial - especialmente no âmbito do SUS -, cuja efetividade depende da corresponsabilização federativa e da atuação articulada entre Estado e sociedade civil (Paim, 2008).

2.2.1 Pós-Gerencialismo: Governança e Novos Paradigmas

O debate sobre o pós-gerencialismo surge como resposta às limitações do gerencialismo clássico e da Nova Gestão Pública (NGP). A partir dos anos 2000, as críticas à excessiva ênfase em resultados mensuráveis, inspirados em práticas do setor privado, impulsionaram à formulação de um novo paradigma, centrado na governança pública. De acordo com Osborne (2006), esse modelo reconhece que o Estado contemporâneo precisa lidar com a complexidade, a incerteza e a diversidade de interesses sociais, devendo, portanto, adotar mecanismos de participação, cooperação e redes de governança, em vez de apoiar-se exclusivamente em métricas de eficiência administrativa.

No contexto brasileiro, Abrucio e Loureiro (2005) destacam que o pós-gerencialismo articula três dimensões fundamentais: a valorização da transparência e uma *accountability* ampliada - que ultrapassa o controle contábil

e incorpora mecanismos de escuta e participação; a ênfase na intersetorialidade, reconhecendo que os problemas públicos não podem ser solucionados por políticas isoladas; e o incentivo à inovação institucional, especialmente por meio de novas tecnologias de informação e gestão. Assim, esse paradigma busca superar a visão de “cidadão-cliente”, típica do gerencialismo, e resgatar a noção de cidadania plena.

No campo da saúde, a perspectiva pós-gerencialista aproxima-se do conceito de governança em saúde. Para Fleury (2014), essa governança envolve a capacidade de coordenar múltiplos atores - governo, sociedade civil, setor privado e organismos internacionais - em torno da defesa do direito à saúde. Essa articulação se concretiza em práticas como os conselhos gestores, as conferências de saúde e os arranjos intersetoriais voltados ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. Nessa direção, o pós-gerencialismo se alinha com o projeto do SUS, que se fundamenta na descentralização, no controle social e na participação popular (Paim, 2008).

Outro aspecto essencial do pós-gerencialismo é a incorporação da lógica da coprodução de políticas públicas. Pestoff (2012) observa que a coprodução reconhece os cidadãos não apenas como beneficiários de serviços, mas como agentes ativos na formulação, execução e avaliação das políticas. No SUS, essa concepção manifesta-se em: experiências de educação popular em saúde; na atuação dos conselhos municipais e estaduais; e, em iniciativas que envolvem usuários e trabalhadores na construção de indicadores e metas adaptada às realidades territoriais.

O pós-gerencialismo também dialoga com o campo do Serviço Social ao reconhecer o papel das políticas públicas como instrumentos de enfrentamento das desigualdades sociais. Behring e Boschetti (2011) enfatizam que a política social deve ser compreendida em sua natureza contraditória: ainda que funcione como mecanismo de reprodução da ordem capitalista, pode igualmente constituir-se em espaço de resistência e afirmação de direitos. Nesse contexto, o pós-gerencialismo abre caminho para formas de gestão que não se subordinem unicamente à lógica de mercado, mas que articulem democracia, justiça social e cidadania.

No Espírito Santo, programas como o Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade Assistencial das Redes de Atenção à Saúde (PGAQ) podem ser

interpretados sob a ótica do pós-gerencialismo, especialmente quando incorporam práticas participativas e de transparência. Embora adotem instrumentos típicos do gerencialismo - como indicadores de eficiência e núcleos de gestão da qualidade -, sua efetividade depende de como esses recursos são apropriados para fortalecer a participação dos trabalhadores, a cooperação interinstitucional e a orientação territorial. Assim, o pós-gerencialismo não rejeita as ferramentas de gestão, mas defende sua inserção em um projeto público e social mais amplo.

Desse modo, o pós-gerencialismo representa não apenas uma crítica ao gerencialismo, mas também uma oportunidade de repolitizar a administração pública. Isso significa recolocar no centro do debate valores como equidade, justiça social, participação e democracia, sem negligenciar a importância da eficiência. Como destacam Osborne e Brown (2013), a “nova governança pública” deve ser entendida como um processo dinâmico de construção coletiva, no qual Estado, sociedade civil e cidadãos compartilham responsabilidades na produção de bens e serviços públicos.

2.3 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E SAÚDE: INTERFACES, DESAFIOS E PRÁTICAS CONTEMPORÂNEAS

O papel do Estado e das políticas públicas no Brasil está intimamente associado à evolução dos modelos de administração, conforme destacado por Klering, Porsse e Guadagnin (2010). O Estado desempenha funções essenciais, como, promotor do desenvolvimento socioeconômico, regulador de atividades e garantidor de direitos fundamentais, por meio de políticas públicas voltadas ao atendimento de demandas coletivas em áreas como saúde, educação e segurança, sempre pautadas por princípios constitucionais e diretrizes legais (Brasil, 1988).

Um exemplo emblemático dessa atuação é o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja efetividade depende da articulação federativa entre União, estados e municípios, organizada por meio de pactuação federativa tripartite. Essa lógica assegura o acesso universal à saúde e evidencia a necessidade de integração entre diferentes níveis de governo (Brasil, 2009). Programas como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

e o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) ilustram a abordagem sistêmica contemporânea, ao articular esforços governamentais e sociais com o objetivo de reduzir desigualdades (Klering; Porsse; Guadagnin, 2010).

Apesar dos avanços, a implementação de políticas públicas ainda enfrenta entraves, entre os quais se destaca a resistência cultural de órgãos administrativos, conforme apontado por Barbosa (2018).

A administração pública brasileira organiza-se em administração direta e indireta, conforme estabelece o Decreto-Lei nº 200/1967 e a Constituição de 1988. A administração direta é composta por órgãos vinculados aos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário nos âmbitos federal, estadual e municipal. Já a administração indireta abrange entidades com personalidade jurídica própria e autonomia administrativa, como autarquias (ex.: INSS), fundações públicas (ex.: FIOCRUZ) e empresas estatais (ex.: Petrobrás), responsáveis por desempenhar funções específicas sob supervisão do Estado (Conforto, 1998). A reforma gerencial da década de 1990 reforçou essa estrutura ao ampliar a descentralização e a autonomia de gestão, com o objetivo de aumentar a eficiência (Fadul; Souza, 2005).

A articulação multinível entre União, estados e municípios, evidenciada no SUS, representa uma perspectiva sistêmica que valoriza flexibilidade, integração e participação social, em contraposição ao modelo burocrático tradicional (Klering; Porsse; Guadagnin, 2010). A administração indireta, por sua vez, contribui para conferir maior agilidade à execução de serviços especializados, como exemplificam as agências reguladoras – ANATEL e ANVISA – responsáveis pela regulação de setores estratégicos (Paes de Paula, 2005).

Nas últimas décadas, o processo de redemocratização do Brasil intensificou o engajamento da sociedade na reforma do Estado, com o objetivo de consolidar um modelo de gestão pública mais sensível às demandas sociais, comprometido com o interesse público e mais eficiente na coordenação da economia e na prestação de serviços. Inspiradas por movimentos internacionais de reforma administrativa, essas transformações buscaram ampliar a flexibilidade gerencial, simplificar processos de aquisição, conferir maior autonomia na gestão de recursos humanos e financeiros e priorizar a entrega de resultados, bem como a qualidade dos serviços (Ferlie, Asburner, Fitzgerald,

Pettigrew, 1999). Tais mudanças refletem o esforço de adaptar a administração pública brasileira às exigências contemporâneas, por meio da incorporação de práticas inspiradas no setor privado.

Ferlie, Asburner, Fitzgerald, Pettigrew (1999) identificam quatro modelos predominantes nas reformas estatais internacionais: o modelo orientado à eficiência, que aproxima os serviços públicos dos padrões do setor privado; o modelo de controle financeiro, centrado em custos e auditorias; o modelo de enxugamento e descentralização, que promove a gestão por contratos e a redução da folha de pagamento; e o modelo de busca pela excelência, fundamentado na cultura organizacional e na responsabilidade perante os cidadãos. No Brasil, esses modelos foram adaptados ao contexto local por meio das figuras jurídico-administrativas mencionadas.

Essas mudanças trouxeram avanços significativos à gestão pública brasileira, mas também evidenciaram desafios relacionados à implementação prática dessas inovações. A criação das Organizações Sociais e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público exemplifica a tentativa de superar as limitações da administração burocrática tradicional e de adotar uma abordagem gerencial mais eficiente orientada para resultados (Ibañez; Vecina Neto, 2007; Ferlie; Asburner; Fitzgerald; Pettigrew, 1999).

Após décadas de reformas estatais, a sociedade brasileira depara-se com uma constatação recorrente: o aparato burocrático ainda não representa nem atende plenamente às demandas de uma sociedade em constante transformação. O movimento gerencial promovido no âmbito da Nova Gestão Pública (NGP), iniciado nos anos 1990 e marcado pelo foco no cidadão, pela ênfase na administração gerencial, pela valorização do planejamento estratégico e pela introdução de mecanismos de mercado, foi progressivamente substituído pela noção de gestão pública participativa - paradigma que, embora promissor, ainda possui um longo caminho a percorrer (Hood, 1995; Abrucio, 1997; Burgos; Bellato, 2019).

Dessa forma, a gestão pública contemporânea tem passado por transformações estruturais profundas, impulsionadas pela digitalização e pela inovação tecnológica, com impactos significativos sobre a eficiência administrativa, a transparência institucional e a relação entre Estado e sociedade. Pessoa *et al.* (2025) destacam que a adoção de plataformas

integradas e de ferramentas de análise de dados permitem otimizar processos, reduzir custos e aprimorar a prestação de serviços. Rolim (2025) enfatiza que a Inteligência Artificial e a interoperabilidade de sistemas configuram tendências centrais, possibilitando simulações de políticas públicas e a personalização de serviços, o que sugere uma reconfiguração do próprio paradigma da gestão estatal.

A transparência ativa consolida-se como pilar essencial da gestão pública contemporânea, materializando-se em portais digitais que viabilizam o acesso a dados orçamentários e a indicadores de desempenho em tempo real, conforme previsto na Lei nº 12.527/2011 (Brasil, 2011). Esse mecanismo reforça a responsabilização, ao integrar instrumentos de governança eletrônica, segundo Secchi (2009). A participação cidadã também se amplia por meio de plataformas de consulta pública, que, como aponta a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (2019), favorece à cocriação de políticas e o monitoramento contínuo de sua implementação.

Não obstante os avanços, desafios significativos prevalecem. A evolução tecnológica exige investimentos consistentes em proteção de dados, sobretudo no que se refere à segurança durante a migração para sistemas em nuvem (Costa, 2020). A resistência a mudanças culturais nos órgãos públicos, destacada por Barbosa (2018), aliada à persistente desigualdade digital, limita o alcance das inovações. Heeks (2002) alerta que a simples digitalização de processos burocráticos, sem um redesenho focado no usuário, pode gerar frustração, como ocorre em sistemas complexos de emissão de documentos.

Autores como Peci, Pieranti e Rodrigues (2008) ressaltam a importância de modelos híbridos, que integrem eficiência gerencial a uma abordagem centrada no cidadão. Contudo, como apontam Bresser-Pereira (1996) e Santos (2006), a crescente atuação de atores transnacionais demanda mecanismos robustos de *accountability*, como exemplifica o banco de dados compartilhado em testes de licitações, destinado a garantir rastreabilidade. Nesse contexto, a adoção de plataformas digitais integradas e sistemas de interoperabilidade, permite a comunicação eficiente entre diferentes órgãos e esferas de governo, reduzindo a fragmentação de informações e favorecendo decisões mais precisas, além de políticas públicas orientadas por evidências (Costa, 2020).

As inovações na gestão pública contemporânea redefinem o papel do Estado, equilibrando os ganhos tecnológicos com os desafios éticos e operacionais. Conforme observa Cavalcante e Carvalho (2018), a transformação digital exige não apenas a adoção de ferramentas digitais, mas também uma reengenharia institucional profunda, capaz de assegurar maior equidade e sustentabilidade nas políticas públicas.

A modernização e o aprimoramento da gestão pública implicam uma combinação de inovação tecnológica, integração de dados, capacitação de servidores e fortalecimento de práticas de governança, conforme destacado por Cavalcante e Carvalho (2018). O caso brasileiro aponta que a modernização exige não apenas implementação de ferramentas, mas também a reinvenção de práticas organizacionais, como a participação cidadã ativa e a conformidade com os princípios constitucionais do LIMPE.

Um ponto de convergência entre os diferentes modelos é a contratualização, compreendida como instrumento de formalização das responsabilidades entre gestores e prestadores. Nesse sentido, Silva (2022) observa que a ausência de indicadores padronizados e de metas claramente definidas compromete a efetividade desses contratos. Assim, embora cada modelo apresente características próprias, todos enfrentam o desafio comum de conciliar eficiência administrativa com valorização profissional. A literatura mostra que a eficácia da gestão depende menos do formato institucional adotado e mais da qualidade dos mecanismos regulatórios e da capacidade de adaptação às especificidades locais (Bulhões *et al.*, 2022).

Por fim, a colaboração entre governo, setor privado e sociedade civil revela-se essencial para a criação de ecossistemas institucionais, inovadores e sustentáveis capaz de enfrentar desafios de alta complexidade e gerar valor público de forma contínua. Dessa forma, a modernização da gestão pública depende da articulação entre tecnologia, pessoas, processos e governança, com o objetivo central de aprimorar a qualidade de vida do cidadão e promover uma administração mais eficiente, transparente e responsiva às demandas da sociedade (Conforto, 1998).

2.4 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: MODELOS E INDICADORES

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um modelo de governo sistêmico, por se caracterizar como uma estrutura integrada e descentralizada, envolvendo os três níveis de governo — União, estados e municípios —, bem como a sociedade civil (Klering; Porsse; Guadagnin, 2010). Seu funcionamento fundamenta-se na cooperação entre essas esferas, não em uma lógica hierárquica, mas na definição de competências específicas para cada gestor (Brasil, 2009). Nesse contexto, os municípios assumem papel central na gestão da saúde pública local, enquanto estados e União atuam como coordenadores, reguladores e financiadores. A pactuação intergestores constitui o mecanismo que possibilita a negociação e o alinhamento das políticas e ações, promovendo maior integração e sinergia no sistema (Gomes *et al.*, 2024).

A experiência internacional, conforme analisado por Saab (2023), evidencia que não existe um modelo único de gestão capaz de garantir excelência na qualidade da assistência à saúde. A adaptação às especificidades do contexto local, aliada à consistência na implementação das políticas, é determinante para o sucesso dos sistemas de saúde, independentemente do modelo adotado.

No Brasil, um marco relevante na redefinição da relação entre Estado e sociedade civil, na gestão da saúde pública, foi a introdução das Organizações Sociais (OSs). De acordo com Silva, Barbosa e Hortale (2016), esse modelo fundamenta-se na transferência da gestão de unidades de saúde para entidades privadas sem fins lucrativos, mediante contratos de gestão que estabelecem metas e indicadores de desempenho. Paralelamente às OSs, outros arranjos institucionais foram incorporados ao sistema de saúde brasileiro. As Fundações Estatais de Direito Privado surgiram como alternativa que alia maior flexibilidade administrativa com à preservação do controle público. Já os Consórcios Intermunicipais de Saúde consolidaram-se como estratégia voltada à otimização de recursos e à ampliação do acesso aos serviços, especialmente em regiões com menor capacidade instalada (Lima; Aguiar; Lui, 2022).

Os desafios relacionados à mensuração e à melhoria da qualidade permanecem expressivos. A reforma gerencialista exerceu forte influência sobre

a administração pública brasileira, em particular no setor de saúde, ao introduzir princípios de eficiência, eficácia e foco em resultados. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) constituiu um exemplo dessa influência, ao adotar a contratualização de metas e a avaliação de desempenho como instrumentos para induzir avanços na gestão e na oferta de serviços (Brasil, 2009).

Conforme analisado por Oliveira *et al* (2015), o programa demonstra que a articulação entre avaliação da qualidade, incentivos financeiros e processos de educação permanente pode constituir um caminho promissor para promover melhorias na gestão e nos serviços de saúde. Essa lógica reforça práticas de *accountability* e transparência, elementos centrais do gerencialismo (Bresser-Pereira, 1996; Klering; Porsse; Guadagnin, 2010).

Outro reflexo dessa perspectiva é a adoção de ferramentas de gestão da qualidade, como protocolos clínicos baseados em evidências e sistemas de monitoramento contínuo, apontados por Paes de Paula (2005) como instrumentos essenciais para aprimorar a eficiência operacional e a segurança do paciente, especialmente em contextos de restrição orçamentária. Programas como o Proadi-SUS, desenvolvido em parceria com hospitais de excelência, também ilustram esse movimento ao investir na capacitação profissional e na incorporação de tecnologias avançadas - como a inteligência artificial – com o objetivo de otimizar a gestão hospitalar e reduzir filas de espera (Gomes *et al.*, 2024).

A lógica da integração sistêmica, característica do modelo gerencialista, manifesta-se no SUS por meio da articulação entre os diferentes níveis de governo e setores sociais, assegurando o acesso universal e a equidade no atendimento. Essa abordagem multidimensional possibilita a conjugação de ações de promoção, prevenção e assistência em uma estrutura descentralizada e pactuada (Ministério da Saúde, 2009; Paes de Paula, 2005).

Adicionalmente, o Modelo de Excelência em Gestão (MEG), desenvolvido pela Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), tem influenciado as práticas de gestão pública no Brasil. Fundamentado em princípios como pensamento sistêmico, geração de valor e responsabilidade social, o MEG propõe uma abordagem integrada voltada à melhoria contínua dos processos organizacionais. No setor saúde, essa influência se expressa no uso de

metodologias como o ciclo PDCA - aplicado à otimização de fluxos operacionais - ou do *Balanced Scorecard*, utilizado para alinhar estratégias institucionais às necessidades dos cidadãos (Fundação Nacional da Qualidade, 2016).

Consolidado como um dos principais referenciais para organizações que buscam aprimorar seus processos e resultados, o MEG estrutura-se em oito princípios fundamentais e adota uma abordagem integrada e não prescritiva. O que permite a adaptação das práticas conforme as especificidades e contexto de cada instituição (Fundação Nacional da Qualidade, 2016).

Entre seus princípios destacam-se: o Pensamento Sistêmico, que compreende a organização como um conjunto interdependente; o Compromisso com as Partes Interessadas, voltado à geração de valor para clientes, colaboradores, fornecedores e sociedade; o Aprendizado Organizacional, que incentiva a disseminação do conhecimento e a inovação; a Inovação, que estimula o desenvolvimento de soluções criativas; a Liderança Transformadora, responsável por mobilizar pessoas e alinhar cultura e estratégia; a Orientação por Processos, direcionada à eficiência dos fluxos de trabalho; a Responsabilidade Social, que integra sustentabilidade e ética às práticas organizacionais; e, a Geração de Valor, voltada à obtenção de resultados equilibrados para todas as partes interessadas (Fundação Nacional da Qualidade, 2016).

Outro aspecto relevante do MEG é sua característica não prescritiva, que permite às organizações adotar ferramentas e métodos conforme suas necessidades e contextos específicos. Essa flexibilidade possibilita o uso de instrumentos como o *Balanced Scorecard*, o ciclo PDCA e outras metodologias de melhoria contínua da qualidade, sem a impor um modelo único de implementação (Silva, 2022). Tal característica torna o MEG aplicável tanto em organizações privadas quanto em instituições públicas, preservando a centralidade nos resultados e na geração de valor público.

A integração sistêmica proposta pelo MEG manifesta-se na forma como estratégias, processos e pessoas são articuladas em redes colaborativas, promovendo alinhamento organizacional e corresponsabilidade. Um exemplo dessa dinâmica são as iniciativas que reúnem diferentes níveis de governo e setores da sociedade civil em torno da melhoria da gestão pública (Oliveira *et al.*, 2015).

No setor da saúde, o MEG tem sido empregado como um referencial conceitual para orientar a qualificação da gestão hospitalar, fortalecendo práticas de governança clínica, o monitoramento de indicadores e a integração das equipes multiprofissionais. Essa abordagem mantém coerência com os princípios do SUS, ao buscar não apenas eficiência e eficácia, mas também transparência e equidade no acesso (Paim, 2008). Programas como o Proadi-SUS, incorporam elementos do MEG em hospitais de excelência, impulsionando a inovação, a segurança do paciente e a melhoria dos fluxos assistenciais.

Além da dimensão técnica, o MEG dialoga com valores do Serviço Social e das políticas públicas. O princípio da responsabilidade social articula-se à defesa dos direitos e à promoção da cidadania, indicando que a busca pela excelência não pode ser dissociada da equidade e da justiça social (Boschetti, 2006). Assim, o modelo contribui para integrar eficiência gerencial e compromisso ético-político, dimensões essenciais à gestão em saúde.

Por fim, o MEG se destaca por sua capacidade de adaptação e por funcionar como um guia estratégico voltado à excelência organizacional, sem restringir a criatividade e a inovação (Costa Junior; Porto, 2025; Silva, 2022). No âmbito das políticas públicas de saúde, como no PGAQ, sua aplicação pode fortalecer a integração entre gestão, território e cuidado, consolidando uma lógica de resultados orientada não apenas a indicadores quantitativos, mas também à transformação social e à ampliação do acesso a direitos.

Observa-se, portanto, que o gerencialismo contribuiu para transformar a gestão pública em saúde, estimulando maior eficiência e qualidade nos serviços. Contudo, persistem desafios quanto à adequação das ferramentas gerenciais, às especificidades do setor público e à necessidade de equilibrar a busca por eficiência com a garantia do direito constitucional à saúde (Torres, 2004; Paes De Paula, 2005).

A Nova Gestão Pública (NGP) enfatiza princípios como eficiência, *accountability*, foco em resultados, desburocratização e utilização de indicadores de desempenho. No setor da saúde, essas diretrizes se traduzem em práticas como financiamento por ciclos de cuidado, a ampliação da clareza orçamentária e o uso de dados e sistemas digitais para aprimorar a gestão e o monitoramento das ações. Esse movimento impulsionou transformações relevantes na

administração dos serviços de saúde, favorecendo a adoção de novos modelos de gestão e arranjos institucionais (Carneiro; Martins, 2015).

2.5 ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DO SUS: UMA PERSPECTIVA TERRITORIALIZADA

A compreensão do Estado como instância estruturante da vida social é fundamental para a análise das políticas públicas de saúde no Brasil. Bobbio (1998) ressalta que o Estado moderno se configura como uma arena de disputas e negociações, na qual interesses coletivos e privados se confrontam de forma permanente. Iamamoto (2008) e Netto (1991) reforçam que o Estado capitalista não é neutro, mas instrumento de reprodução das relações sociais, responsável por mediar as múltiplas expressões da questão social. Nessa perspectiva, as políticas públicas não surgem de maneira desinteressada: refletem correlações de forças históricas, econômicas e políticas. Assim, compreender o Estado e seus mecanismos de ação constitui condição essencial para interpretar criticamente programas como o PGAQ.

Quanto às reformas administrativas, implementadas no Brasil a partir da década de 1990, sob a influência do gerencialismo, sabe-se que buscaram ressignificar o papel do Estado diante das demandas por eficiência, transparência e controle de resultados. Bresser-Pereira (1996) introduz a Nova Gestão Pública (NGP) como alternativa ao modelo burocrático, defendendo uma administração orientada para resultados, com maior autonomia gerencial e foco no cidadão-usuário. No entanto, autores como Behring (2003) e Paes de Paula (2005) alertam que a adoção dessa lógica, inspirada no setor privado, tende a desconsiderar as especificidades do público e a subordinar o direito social à lógica da *performance*, enfraquecendo os princípios democráticos que sustentam as políticas públicas.

No campo da saúde, a Constituição Federal de 1988 representou um marco civilizatório ao instituir o SUS, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e descentralização. A gestão do SUS é compartilhada entre os entes federados, por meio da pactuação intergestores e da cor-responsabilização pelas ações e serviços. Os princípios constitucionais da administração pública - legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade

e eficiência (LIMPE) - orientam a atuação estatal e refletem-se diretamente na gestão do sistema de saúde (Brasil, 1988). Para Giovanella *et al.* (2012) e Paim (2008), essa arquitetura complexa demanda arranjos institucionais capazes de assegurar a coordenação entre níveis de atenção e reduzir desigualdades regionais.

A descentralização do SUS, embora prevista na legislação, enfrenta as assimetrias de capacidade institucional e econômica entre os entes federados. Arretche (2003) e Santos Júnior (2015), observam que o federalismo brasileiro reproduz desigualdades históricas, comprometendo a equidade no acesso aos serviços de saúde. A gestão tripartite, ainda que represente um avanço em termos de corresponsabilidade, enfrenta desafios relacionados à pactuação de metas, à transparência na aplicação dos recursos e à efetividade das decisões colegiadas. Nesse contexto, programas como o PGAQ podem ser compreendidos como estratégias estaduais voltadas a enfrentar lacunas estruturais no acesso e na qualidade da assistência, especialmente em territórios com grande demanda reprimida.

A dimensão territorial das políticas públicas constitui elemento analítico central. Santos (2006) propõe que o território não seja compreendido apenas como um espaço físico, mas como vivido, permeado por relações de poder, fluxos de capital e redes sociotécnicas. No campo da saúde, essa perspectiva permite evidenciar desigualdades de acesso, concentração de serviços, vazios assistenciais e padrões diferenciados de adoecimento. Conforme Monken e Barcellos (2005), o território deve orientar o planejamento e a gestão das redes de atenção, tornando as intervenções mais aderentes às realidades locais. Nessa direção, o PGAQ ancora-se no território capixaba, buscando qualificar a gestão hospitalar e articular ações em rede a partir das especificidades regionais.

O Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), por meio do PGAQ, assumiu a responsabilidade de estruturar e integrar as ações dos hospitais da rede estadual, com foco nos Núcleo Interno de Regulação, nos Escritórios de Gestão de Alta, na Medicina Hospitalar e nos Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente. Essa iniciativa insere-se em um movimento de busca por maior eficiência na utilização dos recursos públicos e por melhores desfechos assistenciais. Contudo, cabe problematizar em que medida tais

estratégias gerenciais são capazes de promover equidade, participação e justiça social - princípios fundantes do SUS.

Teixeira (2019) e Boschetti (2006) argumentam que a política social possui um caráter contraditório: ao mesmo tempo em que assegura direitos, é atravessada por interesses de contenção fiscal e focalização. No campo da saúde, as políticas de avaliação e gestão da qualidade devem ser analisadas à luz de seus impactos sobre os usuários, os trabalhadores e o pacto federativo. A ampliação do controle social e o fortalecimento da participação nos processos decisórios constituem caminhos essenciais para evitar que a gestão orientada por indicadores reduza a dimensão ética e cidadã do cuidado.

É nesse tensionamento entre gerência e direito que se insere a análise do PGAQ. Avaliar se o programa contribui para ampliar o acesso, reduzir internações desnecessárias, otimizar o tempo de permanência e melhorar a taxa de ocupação hospitalar exige mais do que leitura de números: requer uma análise crítica acerca do papel que essas estratégias ocupam na política de saúde. Conforme Behring e Boschetti (2011), as políticas públicas devem ser compreendidas em sua materialidade histórica, como expressões tanto do enfrentamento quanto da reprodução das desigualdades sociais e territoriais. Assim, o êxito do PGAQ não pode ser mensurado apenas pelas metas atingidas, mas pelo grau em que aproxima o SUS de seus princípios constitucionais.

Além disso, a incorporação de tecnologias de gestão, como o modelo MEG, o uso de *dashboards* e a institucionalização de núcleos de qualidade, embora representem avanços relevantes, não substituem a necessidade de fortalecer o trabalho em saúde como prática social, orientada pelos princípios da integralidade e da responsabilização. Laurell (2016) e Menicucci (2007) enfatizam que a gestão da saúde deve manter diálogo permanente com os determinantes sociais e com o projeto societário de equidade, inclusão e universalização dos direitos.

Por fim, pensar o PGAQ como uma política pública territorializada no Espírito Santo permite centralizar o conceito de redes - redes de atenção, de cuidado e de governança. Para Castel (1998), a construção de redes sólidas constitui condição essencial para o enfrentamento das vulnerabilidades. No âmbito do SUS, isso implica promover uma gestão intersetorial, sustentada pela

escuta qualificada dos territórios e pela formulação de políticas que articulem cuidado, participação e justiça social.

2.6 TERRITÓRIO, REDES DE ATENÇÃO E INOVAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE

2.6.1 O Território como Categoria Analítica em Saúde

O conceito de território é central para a compreensão das políticas públicas de saúde no Brasil. Para Santos (2006), o território não deve ser entendido apenas como uma base física ou geográfica, mas como um espaço de relações sociais, políticas e econômicas em constante transformação. Trata-se de um território vivido, produzido e disputado, que expressa desigualdades, mas também potencialidades de organização coletiva.

Essa perspectiva amplia o olhar sobre a saúde ao evidenciar que o acesso aos serviços e à distribuição de recursos não são neutros, mas condicionados por dinâmicas territoriais marcadas por concentração de infraestrutura, desigualdade social e fluxos de poder.

No campo da saúde coletiva, Monken e Barcellos (2005) reforçam que o território deve ser considerado uma categoria analítica fundamental para o planejamento e a vigilância em saúde. As condições de vida, o perfil epidemiológico e a organização dos serviços variam conforme as especificidades de cada espaço, exigindo respostas diferenciadas. Assim, a saúde é compreendida como um fenômeno social e territorializado, no qual fatores ambientais, econômicos e culturais se combinam na produção de vulnerabilidades e potencialidades.

A partir dessa concepção, o SUS foi estruturado como um sistema descentralizado e territorializado, no qual cada esfera de governo desempenha funções específicas, porém interdependentes. A descentralização, prevista na Constituição de 1988, buscou aproximar a gestão da realidade local, garantindo maior sensibilidade às necessidades da população (Paim, 2008). No entanto, essa diretriz também revelou desafios: municípios com baixa capacidade técnica e financeira enfrentaram dificuldades para implementar políticas complexas, o

que gerou desigualdades regionais. É nesse contexto que o conceito de redes de atenção ganha relevância.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), propostas por Mendes (2011), configuram-se como arranjos organizativos que articulam ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, com o objetivo de assegurar a integralidade do cuidado. A lógica das redes rompe com a fragmentação dos serviços, buscando integrar atenção básica, média e alta complexidade em fluxos coordenados. Para Paim (2008), essa articulação é essencial para materializar os princípios do SUS, especialmente a integralidade e a universalidade, que não podem ser garantidos apenas em unidades isoladas.

A função estratégica das RAS é simultaneamente política e técnica. De um lado, promovem maior eficiência na utilização dos recursos, evitando duplicidades e desperdícios; de outro, possibilitam respostas mais adequadas às necessidades da população, considerando o percurso real dos usuários pelo sistema. Nesse sentido, as redes de atenção não se limitam a um modelo organizacional, mas configuram-se como estratégia de governança, que requer pactuações intergovernamentais e relações horizontais entre diferentes atores institucionais (Giovanella et al., 2012).

Entretanto, a implementação das RAS apresenta desafios. Mendes (2011) aponta entraves relacionados à fragmentação federativa, à insuficiência de financiamento e à ausência de mecanismos efetivos de regulação. Além disso, a lógica da competição entre municípios e prestadores privados dificulta a constituição de redes verdadeiramente cooperativas. Ainda assim, experiências estaduais têm demonstrado que é possível avançar quando há investimento em inovação institucional e tecnológica.

2.6.2 Inovação em Gestão e o Papel do ICEPi no Espírito Santo

No Espírito Santo, o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) tem se destacado como ator central nesse processo. Criado para apoiar a gestão estadual do SUS, o Instituto articula políticas de formação, inovação tecnológica e qualificação da gestão hospitalar, em consonância com a lógica das redes (Espírito Santo, 2019).

Um exemplo dessa atuação é o Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade (PGAQ), que busca aprimorar a regulação, a gestão hospitalar e a segurança do paciente na rede estadual (Espírito Santo, 2021). O PGAQ pode ser compreendido como política inovadora e territorializada, pois se ancora na realidade do sistema de saúde capixaba, articulando diferentes unidades hospitalares em torno de objetivos comuns de qualidade e eficiência.

Sua estrutura apoia-se em quatro pilares: Núcleos Internos de Regulação, Escritórios de Gestão de Alta, Medicina Hospitalar e Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente. Esses componentes visam racionalizar fluxos, reduzir o tempo de permanência hospitalar e otimizar a utilização de leitos, fortalecendo a coordenação da atenção hospitalar (Espírito Santo, 2021).

Essa inovação proposta pelo PGAQ relaciona-se diretamente ao conceito de redes, ao promover maior fluidez no itinerário dos usuários, evitar internações desnecessárias e garantir continuidade do cuidado (Espírito Santo, 2022). Ao incorporar metodologias de monitoramento e indicadores de desempenho, o programa aproxima-se de práticas de excelência em gestão, sem perder de vista a lógica pública equitativa e universal do SUS.

A atuação do ICEPi, ao investir em formação e inovação, também aproxima a gestão em saúde de uma perspectiva de produção de conhecimento aplicado. Esse movimento é essencial para que o território seja reconhecido não apenas como espaço de execução de políticas, mas também como lugar de produção de saberes (Massuda, 2022). Assim, a gestão em saúde adquire um caráter reflexivo e participativo, aproximando universidade, serviços e sociedade civil.

O enfoque territorial e em redes também favorece a incorporação de práticas de governança pública contemporânea, ou pós-gerencialista, que privilegia a cooperação e a participação de múltiplos atores. Essa abordagem é especialmente relevante no Espírito Santo, onde as desigualdades regionais exigem estratégias que articulem municípios de pequeno porte à rede estadual de alta complexidade. Portanto, o PGAQ, ao organizar fluxos intermunicipais e interinstitucionais, contribui para consolidar essa lógica de governança colaborativa.

2.7 PROGRAMA DE GESTÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (PGAQ)

O Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade da Assistência nas Redes de Atenção à Saúde (PGAQ) constitui uma inovação na política de saúde do Espírito Santo, criado para enfrentar um dos principais gargalos do Sistema Único de Saúde (SUS): a dificuldade de acesso e a desigualdade na qualidade da atenção hospitalar. O programa foi desenvolvido em um contexto de crescente pressão sobre os serviços de média e alta complexidade, caracterizado por superlotação, longas filas de espera e entraves relacionados à regulação de leitos e à organização dos fluxos assistenciais (Espírito Santo, 2022).

Desse modo, inspirado em modelos de excelência em gestão, mas adaptado à realidade pública e universal do SUS, o PGAQ combina eficiência administrativa com compromisso social. Para tanto, parte do princípio de que aprimorar a gestão hospitalar não significa apenas alcançar ganhos técnicos, mas também assegurar a efetivação dos direitos constitucionais à universalidade do acesso e à integralidade do cuidado (Paim, 2008). Dessa forma, o programa integra práticas de governança e monitoramento de indicadores às diretrizes de justiça social e de equidade em saúde.

Sua estrutura organiza-se em quatro pilares estratégicos: Núcleos Internos de Regulação (NIR), Escritórios de Gestão de Alta (EGA), Medicina Hospitalar (MH) e Núcleos de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) (Espírito Santo, 2021). Esses componentes, interdependentes, buscam otimizar os fluxos assistenciais, reduzir o tempo médio de permanência hospitalar e fortalecer a integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (Espírito Santo, 2023). Na prática, o modelo visa racionalizar o uso de leitos, reduzir filas e aprimorar a continuidade do cuidado, em consonância com a concepção de Mendes (2011) sobre a articulação entre níveis de atenção como condição para a integralidade do sistema.

Um dos diferenciais do PGAQ é sua abordagem territorializada. O programa não se configura como um modelo único e padronizado, mas como uma estratégia flexível, que dialoga com as especificidades da rede hospitalar capixaba e considera desigualdades regionais e os distintos perfis

epidemiológicos (Souza; Viana, 2014). Essa perspectiva aproxima-se das concepções de Santos (2006), para quem o território deve ser entendido como um espaço de fluxos, desigualdades e disputas, orientando a formulação e a implementação de políticas públicas.

Outro aspecto relevante é a ênfase na inovação em gestão. O PGAQ incorpora metodologias contemporâneas, como o ciclo PDCA, o monitoramento em tempo real de indicadores e a gestão baseada em evidências (Espírito Santo, 2023). Essa orientação, aproxima-o ao Modelo de Excelência em Gestão (MEG), distinguindo-se, entretanto, pela adaptação ao contexto federativo brasileiro e pela rejeição à transposição acrítica de modelos provenientes do setor privado (Brasil, 2010).

O impacto esperado do programa transcende a melhoria de processos internos. A reorganização da gestão hospitalar repercute diretamente no acesso dos usuários, ao reduzir o tempo de espera e assegurar internações em tempo oportuno. Ao integrar-se às Redes de Atenção à Saúde (RAS), o PGAQ contribui para a efetivação da integralidade do cuidado, articulando hospitais, atenção básica e serviços de reabilitação em fluxos mais coordenados e resolutivos (Mendes, 2011).

Sob o ponto de vista político e institucional, o PGAQ fortalece a capacidade reguladora do Estado ao estabelecer padrões de qualidade, monitorar resultados e difundir a cultura da avaliação. Com isso, contribui para consolidar uma lógica de governança pública orientada pela transparência, *accountability* e pela participação social (Freire; Lima, 2018). Essa perspectiva insere o programa nas discussões contemporâneas do pós-gerencialismo, que buscam conciliar a eficiência administrativa com valores democráticos e de justiça social.

Na perspectiva do Serviço Social, contudo, o PGAQ deve ser analisado à luz de suas contradições. Se, por um lado, amplia a racionalidade da gestão e favorece o acesso aos serviços, por outro, exige acompanhamento constante para que não se restrinja a uma lógica meramente gerencial, dissociada da equidade e da universalidade. Como ressaltam Boschetti (2006) e Paim (2008), as políticas sociais estão permanentemente tensionadas entre a efetivação de direitos e as limitações impostas pelos contextos econômicos e institucionais.

Dessa forma, o PGAQ se consolida como um marco na gestão em saúde do Espírito Santo ao articular território, redes de atenção e inovação. Mais do que uma resposta técnica aos desafios hospitalares, o programa representa uma aposta política no fortalecimento do SUS como sistema público, universal, democrático e socialmente comprometido.

A regulação do acesso aos serviços hospitalares tornou-se um eixo estratégico para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, especialmente a partir da implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que propôs o Núcleo Interno de Regulação (NIR) como parte fundamental desse processo. O NIR atua na organização dos fluxos de internação, transferência e alta hospitalar, integrando protocolos clínicos, promovendo maior eficiência na gestão dos leitos e ampliando a articulação entre hospitais e demais pontos de atenção à saúde (Brasil, 2017). Sua estrutura e funcionamento encontram respaldo normativo e metodológico em diretrizes ministeriais e referenciais de avaliação em saúde que orientam a análise por estrutura, processo e resultado (Soares, 2017; Brasil, 2013; Donabedian, 1988).

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma unidade técnico-administrativa, hierarquicamente ligado à direção geral, com papel e funções definidos, é responsável por gerenciar a ocupação dos leitos disponíveis, monitorando toda a jornada do paciente, desde a sua entrada à instituição, a movimentação interna e externa, até a alta hospitalar (Brasil, 2017). O objetivo principal do NIR é otimizar utilização dos recursos hospitalares, garantindo que cada paciente seja encaminhado ao leito mais adequado para seu tratamento, com base nos critérios pré-estabelecidos e protocolos clínicos que deverão ser instituídos pelos NIR (Soares, 2017), além de realizar interface com as Centrais de Regulação, delinear o perfil de complexidade da assistência no SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (Brasil, 2017).

De acordo com o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados (Brasil, 2017), recomenda-se seu funcionamento durante 24h horas por dia e sete dias por semana, com equipe composta, minimamente, por médico, enfermeiro e assistente social de maneira horizontal ou diarista, com dedicação exclusiva, para que todas as atividades propostas para rotina sejam executadas. Vale

ressaltar que, neste mesmo manual, para que o NIR alcance os resultados esperados com sua implantação, será necessário o apoio da alta liderança, gerentes e coordenadores, a fim de introduzir a cultura da eficiência no âmbito hospitalar e diminuir as resistências (Brasil, 2017).

A atuação do NIR fundamenta-se em três pilares essenciais: práticas de regulação, articulação com a Rede de Atenção à Saúde e monitoramento constante dos processos hospitalares. O primeiro pilar, envolve a organização criteriosa dos fluxos de internação, transferência e alta, baseando-se em protocolos clínico-administrativos pactuados e assegurando a eficiência e a equidade do acesso hospitalar (Brasil, 2013). Já o segundo pilar, garante a integração efetiva entre o hospital e os demais pontos de cuidado, promovendo a continuidade assistencial e o encaminhamento resolutivo dos casos - em sintonia com a lógica de rede preconizada pelo SUS. Por fim, o monitoramento constante dos processos configura o terceiro pilar, permitindo a análise sistemática dos dados assistenciais, uso racional dos recursos e aferição de indicadores de desempenho, que fundamentam a tomada de decisão gerencial e o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados (Soares, 2017).

Os desafios para sua consolidação incluem a formação continuada das equipes, incorporação tecnológica e fortalecimento das instâncias de controle social, sendo recomendada a constante avaliação por indicadores e metas pactuadas entre gestores e equipe hospitalar (Brasil, 2013; Soares, 2017).

Portanto, o NIR representa uma inovação organizacional com impacto relevante na rede pública hospitalar, articulando política, prática e avaliação em busca da excelência assistencial.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a implementação do Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade (PGAQ) no sistema hospitalar público do Espírito Santo, considerando indicadores assistenciais e os instrumentos normativos do Programa.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a coerência entre os objetivos do PGAQ e sua implementação prática nos hospitais, com base em seus instrumentos normativos do programa;

Identificar a variação de indicadores assistenciais hospitalares antes e depois da implantação do PGAQ, avaliando seus efeitos sobre o acesso, a qualidade e o desempenho das unidades; e

Identificar a conformidade do PGAQ com os princípios doutrinários e organizativos do SUS – universalidade, equidade, integralidade e descentralização.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo de avaliativa. Esse tipo de investigação busca produzir, a partir de seu desenho, contexto e efeitos, o conhecimento sobre eficácia, eficiência e relevância de uma ação governamental. Desse modo, ratificando em Hartz (2012), esta avaliação é uma pesquisa aplicada para subsidiar tomadas de decisão e aperfeiçoar políticas públicas.

Nesse contexto, este estudo procurou analisar o Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade Assistencial das Redes de Atenção à Saúde (PGAQ), implementado em 2021, pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. O PGAQ se constitui como uma intervenção pública, caracterizada por uma ação planejada, intencional e institucionalmente organizada, visando promover mudanças no contexto específico da rede hospitalar pública capixaba.

No âmbito das múltiplas abordagens para avaliação em saúde, este estudo optou por realizar uma avaliação normativa, que possibilita confrontar os parâmetros definidos como ideais nos documentos oficiais do programa, como, portarias, notas técnicas e indicadores, com a real e efetiva implementação nos hospitais. Conforme Hartz (2012), a avaliação normativa permite a comparação e verificação do alinhamento entre a norma prescrita e o executado, buscando mensurar o grau de conformidade e fidelidade à proposta original. Essa escolha se justifica pelo fato de o PGAQ ser um programa recente, em fase de implantação, sendo necessário análise de conformidade.

Dentro da avaliação normativa, foram adotadas a apreciação do processo e a apreciação da estratégica. A apreciação processual se subdivide em dois planos: o técnico, direcionado aos produtos e serviços gerados (tais como monitoramento, metas, indicadores e ciclos avaliativos), e o organizacional, que analisa a institucionalização dos processos, a mobilização de estruturas e como se deram os fluxos decisórios e operacionais (Hartz, 2012).

A apreciação estratégica, por sua vez, foi utilizada para compreender a inserção do PGAQ no sistema de saúde estadual, seu alinhamento com políticas indutoras e sua articulação com demais ferramentas de gestão, incluindo o

recorte da intervenção como ação estruturante para a reorganização da assistência hospitalar e promover melhorias na qualidade assistencial.

Excluíram-se desta pesquisa as avaliações de rendimento, eficácia ou impacto populacional, pois demandavam séries temporais longitudinais e modelos analíticos específicos, incompatíveis com o estágio inicial de implantação do programa.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo teve como cenário os hospitais públicos do estado do Espírito Santo que implementaram um ou mais componentes do PGAQ. O critério de inclusão considerou os hospitais da rede própria da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), que dispusessem de um sistema informatizado interno, apresentassem série histórica de base de dados e possuíssem registro de implantação de um ou mais componentes do programa, atendendo, assim, aos objetivos da pesquisa.

No total, o estado conta com 12 hospitais públicos que tiveram os componentes do PGAQ implementados, entretanto apenas seis foram selecionados, conforme a figura 1 que identifica a localização das unidades hospitalares por município, por atenderem aos critérios de inclusão. São eles:

- Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG);
- Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC);
- Hospital Estadual de Vila Velha (HESVV);
- Hospital Estadual Dório Silva (HEDS);
- Hospital Maternidade Silvio Avidos (HMSA); e
- Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silvaes (HRAS).

O Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo, está localizado na capital, Vitória. Inaugurado em 15 de agosto de 1933, iniciou suas atividades oferecendo apenas o atendimento no ambulatório, no centro da cidade. Em 1935, passou a funcionar em uma colina, no bairro Santa Lúcia (Espírito Santo, 2025). Desde então, a unidade hospitalar vem passando por sucessivas adaptações para atender à crescente demanda por serviços especializados (Espírito Santo, 2017).

Atualmente, o HINSG conta com 213 leitos, entre enfermarias, unidades semi-intensivas, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e hospital-dia. Atende crianças de zero a menores de 18 anos, ofertando serviços de urgência, emergência, internação e atendimento ambulatorial de média e alta complexidade. Integra a rede terciária e quaternária da Região Metropolitana do Espírito Santo e atua como referência estadual. No entanto, em alguns casos, escala para interestadual - no atendimento pediátrico de alta e média complexidade. Dispõe de 26 especialidades médicas, destacando-se os programas de referência em fibrose cística, anemia falciforme e onco-hematologia (IHI, 2025; Espírito Santo, 2017).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde (2025), o atendimento é realizado em duas unidades: o hospital geral, situado no bairro Santa Lúcia e o setor de pronto-socorro e oncologia, localizado no Hospital da Polícia Militar, ambos em Vitória. Em média, o HINSG realiza 5.886 internações e 34.131 atendimentos no pronto-socorro, além de milhares de exames, cirurgias e procedimentos especializados.

De acordo com o histórico do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES, 2023), entre 2017 e 2023, houve ampliação significativa na capacidade hospitalar, com o número total de leitos passando de 153 para 183 (Tabela 1), alcançando 274 leitos durante o período da pandemia - incluindo leitos de terapia intensiva (UTI e semi-intensivas). Nos anos mais recentes, o setor de oncologia pediátrica foi expandido, passando a contar com 26 leitos de internação e 20 leitos hospitalares-dia, o que ampliou a oferta e a resolutividade dos atendimentos (CNES, 2023).

Tabela 1 – Evolução do Número de Leitos dos Hospitais da Rede Própria da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (2017-2023).

Tipo de leito	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Especialidade – Cirúrgico	49	49	90	75	36	36	36
Especialidade – Clínico	66	66	105	99	79	79	79
Complementar	23	23	46	58	53	50	48
Hospital Dia	15	15	32	29	20	20	20
Total de Leitos	153	153	274	261	188	185	183
Média de Leitos Anual	38	38	69	65	47	46	46

Fonte: Elaborado pela própria autora, a partir de dados do CNES (2025).

4.2.1.2 Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC)

De acordo com a descrição da perfilização hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde (2022), o HEAC, localizado em Cariacica, constitui-se como referência no Espírito Santo no atendimento em saúde mental, nas emergências psiquiátricas e nos cuidados clínicos de baixa e média complexidade.

A instituição oferece assistência nas especialidades de clínica médica e psiquiatria, em cuidados prolongados, tratamentos paliativos e atenção integral ao paciente.

O hospital está estruturado em três unidades: a Unidade de Atenção Clínica, voltada para cuidados prolongados; a Unidade de Urgência em Saúde Mental; e a Unidade de Curta Permanência (Espírito Santo, 2022). Segundo dados do CNES (2023), entre 2017 e 2019 – de forma mais expressiva, nos anos seguintes até 2023 -, o hospital ampliou sua capacidade instalada, acompanhando o aumento da demanda por internações, conforme demonstrado na Tabela 2. Atualmente, dispõe de 98 leitos clínicos, 50 leitos para internação psiquiátrica e 14 leitos de observação em saúde mental na unidade de pronto socorro.

Tabela 2 - Evolução do Número de Leitos dos Hospitais da Rede Própria da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Hospital Estadual de Atenção Clínica (2017-2023).

Tipo de leito	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Especialidade – clínico	40	40	40	49	87	100	100
Outras especialidades - Psiquiatria	60	60	60	60	53	50	50
Total de Leitos	100	100	100	109	140	150	150
Média de Leitos Anual	50	50	50	54	70	75	75

Fonte: Elaborado pela própria autora, a partir de dados do CNES (2025).

Em 2022, o hospital registrou aproximadamente 10.198 atendimentos, dos quais 1.421 foram consultas psiquiátricas; 8.074 correspondentes a emergências psiquiátricas; e 703 referentes a atendimentos clínicos gerais (Espírito Santo, 2022). Nesse período, a instituição realizou investimentos significativos na ampliação de sua estrutura física, incluindo a entrega de 40 novos leitos clínicos, em 2020, e reformas das enfermarias destinadas à internação psiquiátrica.

4.2.1.3 Hospital Estadual de Vila Velha (HESVV)

O hospital localizado em Vila Velha, conhecido anteriormente como Hospital dos Ferroviários, foi incorporado à rede pública para atender à população capixaba, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Nos últimos anos, a unidade vem se consolidando como importante referência em cuidados clínicos, especialmente em casos que demandam critérios de paliatividade (Espírito Santo, 2023).

O perfil assistencial é integralmente referenciado pela regulação estadual de leitos, abrangendo as especialidades de clínica médica, cuidados paliativos e cirurgia em otorrinolaringologia.

O HESVV realiza atendimentos ambulatoriais e procedimentos cirúrgicos de baixa e média complexidade, registrando, em 2024, uma média de 2.402 internações e 1.130 procedimentos. A taxa média de ocupação do hospitalar foi de 87%, com tempo médio de permanência de aproximadamente 10 dias, ainda que alguns casos apresentem internações mais prolongadas. A instituição também se destaca como campo de prática para residentes do Programa de

Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos, em parceria com o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (Espírito Santo, 2024).

De acordo com informações do CNES (2023), o HESVV dispunha de 86 leitos antes das melhorias estruturais e da ampliação realizada em 2020, que elevou esse número para 100 leitos em funcionamento. O projeto de reestruturação prevê expansão para 298 leitos, além de investimento para capacitação e desenvolvimento da equipe, com foco na prevenção e tratamento de feridas, considerando o perfil clínico dos pacientes internados (Espírito Santo, 2022).

As alterações no número de leitos, apresentadas na Tabela 3, refletem os esforços da unidade em adequar sua capacidade à crescente demanda assistencial da rede estadual de saúde.

Tabela 3 - Evolução do Número de Leitos dos Hospitais da Rede Própria da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Hospital Estadual de Vila Velha (2017-2023).

Tipo de leito	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Especialidade – cirúrgico	10	15	42	19	5	12	12
Especialidade – clínico	60	57	41	56	48	53	53
Complementar	0	0	0	12	38	20	20
Hospital dia	11	11	10	4	2	5	5
Total de Leitos	81	83	93	91	91	90	90
Média de Leitos Anual	20	21	23	23	23	23	23

Fonte: Elaborado pela própria autora, a partir de dados do CNES (2025).

4.2.1.4 Hospital Estadual Doutor Dório Silva (HDDS)

O Hospital Estadual Dr. Dório Silva (HDDS) teve sua construção iniciada em 1983, sendo inaugurado em 1988. Inicialmente, concebido como uma unidade provisória, fruto de uma cooperação internacional bilateral entre o Governo do Estado e a República Federativa da Alemanha. O projeto, desenvolvido no modelo de hospital de campanha, previa uma durabilidade estimada de dez anos. Embora originalmente planejado para funcionar como um hospital geral, o HDDS teve seu perfil assistencial modificado, adaptado ao longo do tempo, acompanhando as demandas do município de Serra e o crescimento

populacional da região, que contava com 82.568 habitantes em 1980 (Espírito Santo, 2020).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde (2021), o hospital passou diversas reestruturações, tornando-se referência para pacientes da Grande Vitória, do interior capixaba, do Sul da Bahia, do Norte e Leste de Minas Gerais. Atualmente destaca-se como referência em clínica médica, cirurgia eletiva de média e alta complexidade – incluindo procedimentos como tratamento de hemorragia digestiva, retirada de corpo estranho, e manejo de pacientes clínicos graves, além de atuar no Programa de Internação Domiciliar (PID), em nefrologia e em ambulatório de especialidades. A partir de 2019, o Governo do Estado, por meio da Secretaria da Saúde, ampliou a oferta de leitos de UTI e investiu na estrutura de diversos setores e serviços do hospital.

O HDDS consolidou-se como centro de referência em urgência dialítica, hemorragia digestiva e emergência em clínica médica, totalizando 275 leitos destinados ao atendimento desses pacientes, incluindo leitos provisórios (Espírito Santo, 2021). Atualmente, a unidade dispõe de 70 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 15 de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), 116 de clínica médica, 60 de clínica cirúrgica e 14 leitos de urgência. O hospital conta, ainda com uma equipe composta por aproximadamente 1.300 profissionais (CNES, 2023).

A seguir, na Tabela 4, pode-se verificar o aumento significativo no número de leitos no ano de 2023, em relação ao ano de 2017, conforme cadastrado no CNES (2025). Destacam-se os leitos complementares, considerados de UTI.

Tabela 4 - Evolução do Número de Leitos dos Hospitais da Rede Própria da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Hospital Doutor Dório Silva (2017-2023).

Tipo de leito	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Especialidade – cirúrgico	75	86	86	86	84	80	80
Especialidade – clínico	66	77	77	77	80	83	80
Complementar	43	66	66	84	131	75	70
Hospital dia	0	0	0	0	0	0	0
Total de Leitos	184	229	229	247	294	238	230
Média de Leitos Anual	46	57	57	62	73	59	58

Fonte: Elaborado pela própria autora, a partir de dados do CNES (2025).

4.2.1.5 Hospital Maternidade Silvio Avidos (HMSA)

O Hospital Maternidade Silvio Avidos (HMSA), localizado no centro de Colatina, é referência em assistência à saúde na Região de Saúde Central-Norte. Inaugurado em 1949, o hospital foi resultado de uma parceria entre os governos Federal, Estadual e a Legião Brasileira de Assistência (LBA) (Espírito Santo, 2024).

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde (2024), o HMSA é referência regional em serviços de urgência e emergência, prestando atendimentos nas áreas de traumatologia, neurologia clínica, neurocirurgia, ortopedia, vascular, anestesiologia, intensivista (UTI) e cirurgia geral.

Pode-se observar, na tabela 5, o aumento de leitos complementares, ao longo da série histórica, totalizando 31 leitos ativos, em 2023. Já em relação aos leitos clínicos, manteve a quantidade ao longo dos anos.

Tabela 5 – Evolução do Número de Leitos dos Hospitais da Rede Própria da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Hospital Maternidade Silvio Avidos (2017-2023).

Tipo de leito	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Especialidade – cirúrgico	61	60	56	56	56	56	56
Especialidade – clínico	78	78	78	78	78	78	78
Complementar	18	18	18	44	49	32	31
Hospital dia	0	0	0	0	0	0	0
Total de Leitos	157	156	152	178	183	166	165
Média de Leitos Anual	39	39	38	44	46	42	41

Fonte: Elaborado pela própria autora, a partir de dados do CNES (2025).

4.2.1.6 Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS)

O Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS), localizado na cidade de São Mateus, na Região Norte do estado, é uma referência no atendimento médico geral e especializado (PDR, 2024). A unidade oferece serviços de urgência, emergência, internações e atendimentos ambulatoriais, abrangendo não apenas a população da região norte capixaba, mas também pacientes oriundos do sul da Bahia e do leste de Minas Gerais (Espírito Santo, 2024).

De acordo com a SESA (2024), o hospital presta assistência aos pacientes usuários do SUS nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ortopedia, neurocirurgia, urologia, vascular, cirurgia plástica reparadora e bucomaxilofacial, além dos serviços de urgência e emergência.

Na Tabela 6, observa-se o aumento de leitos clínicos de 107 para 131 e leitos complementares de 23 para 42, nos anos de 2017 e 2023, respectivamente. Destaca-se o ano 2021, com o maior número de leitos ativos, devido ao aumento no número de casos da Covid-19.

Tabela 6 - Evolução do Número de Leitos dos Hospitais da Rede Própria da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveiras (2017-2023).

Tipo de leito	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Especialidade – cirúrgico	71	71	71	71	71	71	71
Especialidade – clínico	107	107	107	107	125	131	131
Complementar	23	23	23	41	48	45	42
Hospital dia	0	0	0	0	0	0	0
Total de Leitos	201	201	201	219	244	247	244
Média de Leitos Anual	50	50	50	55	61	62	61

Fonte: Elaborado pela própria autora, a partir de dados do CNES (2025).

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada mediante dois processos: uma coleta baseada em documentos, a partir de fontes documentais e registros administrativos, utilizando um *check list* estruturado (Apêndice A) e, uma coleta baseada nos indicadores assistenciais, conforme descrito abaixo:

- **Documentos normativos do PGAQ:** foram consultadas portarias, editais, instrumentos, manuais e orientações técnicas elaboradas pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), com o objetivo de analisar a implementação do Programa.
- **Dados assistenciais dos hospitais participantes:** foram utilizadas informações provenientes do sistema MV (prontuário eletrônico hospitalar), dos formulários do PGAQ e de relatórios administrativos, abrangendo o período de 2017 a 2023.

O período analisado, para cada hospital, foi no intervalo de 36 meses anteriores (2017 a 2019) e 36 meses posteriores (2021 a 2023) à implementação dos componentes do Programa. Há exceção do ano de 2020, por se tratar do período de transição na implantação dos processos referentes ao programa e coincidir com a pandemia da Covid-19.

A escolha do período de análise considerou a disponibilidade e a consistência dos dados informatizados, as alterações observadas nos perfis hospitalares ao longo do tempo e os efeitos decorrentes da pandemia da Covid-19, que impactaram diretamente os processos assistenciais.

4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

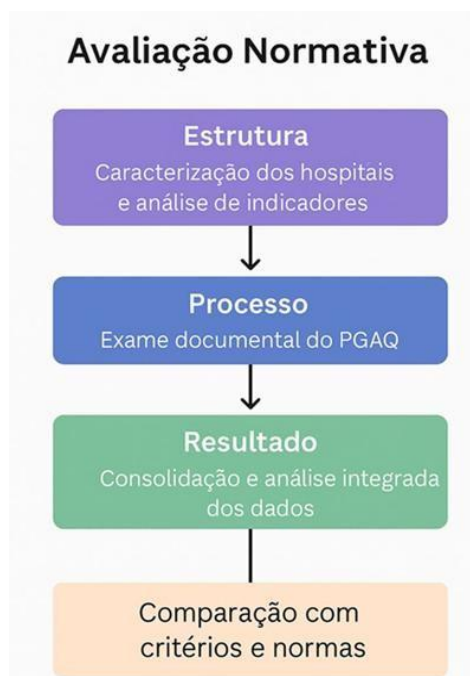
Como já mencionado, a avaliação normativa fundamenta-se no referencial conceitual e legal da política, buscando verificar se seus componentes foram implementados conforme os objetivos originalmente estabelecidos, diferenciando-se das abordagens que se concentram exclusivamente em resultados. Essa perspectiva possibilita a interpretação dos achados à luz das diretrizes institucionais que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Adicionalmente, adotou-se o uso de ferramentas de Inteligência Artificial no processo metodológico com a finalidade de organização das ideias, a sistematização de informações e a formatação estrutural de quadros e tabelas de resultados. É fundamental salientar que essa utilização teve caráter estritamente complementar, sem substituir a análise crítica da pesquisadora, mas contribuindo para a clareza, a padronização e a eficiência na apresentação dos dados.

Conforme a proposição de Hartz (1997), a avaliação normativa estrutura-se em três fases interdependentes: apreciação da estrutura, apreciação do processo e apreciação dos resultados, conforme a figura 2. A apreciação da estrutura envolveu a análise dos recursos mobilizados e sua adequação aos objetivos delineados. A avaliação do processo verifica a coerência entre os serviços ofertados e os padrões estipulados, considerando as dimensões

técnica, organizacional e relacional. Já a apreciação dos resultados respeita os efeitos observáveis da intervenção, em relação às metas definidas, a partir dos indicadores assistências e dos documentos analisados.

Figura 2. Avaliação Normativa.



Fonte: Elaborada pela própria autora (2026).

No presente estudo, reconheceu-se a importância da apreciação dos resultados, especialmente dos indicadores assistenciais; contudo, em função de limitações metodológicas e da natureza da abordagem, não foi realizado uma avaliação de impacto, eficácia ou desempenho. O foco foi na análise estratégica e na análise da intervenção, categorias da avaliação normativa destacadas por Hartz (1997).

Assim, o estudo adotou as seguintes premissas:

Apreciação da estrutura: caracterização dos hospitais incluídos, mediante análise quantitativa dos indicadores assistenciais pactuados pelo PGAQ, tais como taxa de ocupação, tempo médio de permanência, mortalidade e taxa de infecção hospitalar. Essa etapa buscou compreender a implementação de dispositivos como os Núcleos Internos de Regulação (NIR) e sistemas de monitoramento de indicadores.

Apreciação do processo: realizada por meio da análise documental de instrumentos normativos: portarias, manuais, relatórios, diretrizes operacionais e

demais registros administrativos vinculados à implantação do PGAQ. Essa análise visou identificar o grau de adesão dos serviços aos critérios técnico-assistenciais, organizacionais e relacionais previstos.

Apreciação dos resultados: embora relevante para mensuração de impacto, não configura o foco principal deste estudo. A análise consistiu em uma interpretação consolidada dos achados das fases anteriores, avaliando na medida em que os efeitos observados se alinham aos objetivos estratégicos do programa. Nessa fase, considerou-se os princípios do SUS - universalidade, equidade e integralidade – e elementos que evidenciem a articulação do PGAQ com a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), permitindo avaliar se o programa opera de maneira integrada à lógica sistêmica e regionalizada.

Dessa forma, a organização da análise foi complementada por dois enfoques avaliativos: a **avaliação estratégica**, centrada na análise do alinhamento do PGAQ, com os objetivos do sistema de saúde e sua capacidade de influenciar o modelo assistencial; e a **avaliação da implementação**, que possibilitou examinar a incorporação dos instrumentos do PGAQ, como os Núcleos Internos de Regulação, na dinâmica dos hospitais estaduais, considerando os indicadores assistenciais.

Conforme Hartz (1997), essa abordagem revela-se particularmente adequada para a avaliação de políticas públicas reais e complexas, permitindo um julgamento técnico-científico mesmo na ausência do rigor estatístico.

Por fim, ressalta-se que para esse estudo, optou-se em integrar as fases de apreciação da estrutura e do processo. A avaliação inicial foi realizada por meio da análise de indicadores quantitativos, desagregados por hospital, com ênfase na disponibilidade, adequação e organização dos recursos físicos, humanos e assistenciais, em conformidade com os critérios estabelecidos pelo PGAQ. Posteriormente, a análise documental investigou as rotinas de regulação, os fluxos assistenciais, os protocolos clínicos e os instrumentos institucionais que orientam a prestação dos serviços.

A inter-relação entre estrutura e processo foi examinada, especialmente, sob a perspectiva da acessibilidade, integralidade e coordenação do cuidado, considerando as dimensões técnica e organizacional da assistência oferecida nas unidades hospitalares da rede pública estadual. Quanto à fase de apreciação dos resultados, a integração dos achados, considerou-se o que se tem em

documentos e o impacto da implantação, a partir da análise dos indicadores assistenciais.

4.4.1 Análises dos dados

Esta análise teve como objetivo avaliar os impactos diretos da implementação do PGAQ, sobretudo no NIR, sobre os desfechos assistenciais dos hospitais estaduais. Essa abordagem permitiu mensurar, de forma quantitativa, os resultados do programa e as alterações decorrentes de sua intervenção nas unidades hospitalares, a partir de sua implementação.

Inicia-se com a apreciação da estrutura, em que foram analisados os indicadores, como, taxa de internação, número de saídas e giro de leitos, tempo médio de permanência, taxa de mortalidade e rejeição, além do tempo de resposta inferior a duas horas. Na sequência, realizou-se a **apreciação do processo**, baseando-se nos documentos identificados em cada hospital e/ou documentos gerais do PGAQ. E logo em seguida, a **apreciação dos resultados**, que foi a consolidação das duas apreciações realizadas, considerando as análises de documentos e dos indicadores assistenciais.

Assim, a investigação buscou-se responder a perguntas centrais, tais como: os indicadores assistenciais apresentaram melhoria após a implementação do programa? Quais áreas demonstraram maior sensibilidade às ações do PGAQ? Houve impacto perceptível sobre a qualidade do cuidado prestado aos pacientes?

4.4.1.1 Apreciação da estrutura: avaliação de indicadores quantitativos

Variáveis Analisadas

As variáveis analisadas foram organizadas em dois grupos principais:

A. Variáveis de desempenho assistencial:

- Número de internações;
- Número de saídas;
- Taxa de ocupação;

- Giro de leitos;
- Tempo médio de permanência;
- Taxa de mortalidade hospitalar.

B. Variáveis de gestão e regulação:

- Taxa de rejeição de solicitações;
- Taxa de resposta em até 2 horas.

A escolha dessas variáveis foi alinhada aos objetivos do PGAQ, que buscou aprimorar a eficiência, a resolutividade e o acesso aos serviços hospitalares. A interpretação e análise dos indicadores foram realizadas com base na literatura técnico-científica e em parâmetros de desempenho hospitalar, conforme preconizado por Mendes (2011), ICEPi (2021) e Souza e Viana (2014).

A título de referência interpretativa:

- A elevação dos números de internações, saídas, giro de leitos e respostas em até duas horas é considerada positiva, por refletir maior eficiência operacional;
- O aumento do tempo médio de permanência, da taxa de mortalidade e da taxa de rejeição de solicitações é interpretado de forma negativa, por indicar possíveis ineficiências ou desajustes nos fluxos assistenciais;
- As variáveis e os indicadores a serem analisados em cada hospital que implantou o NIR encontram-se descritos no Quadro 1.

Quadro 1 - Indicadores e desfechos clínicos para avaliação da implementação e impacto do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais públicos do Espírito Santo. Espírito Santo, ES, Brasil, 2025.

Indicador (unidade de medida)	Variáveis	Hospitais a serem avaliados
Índice de rejeição	Número de solicitações de internação rejeitadas pelas unidades executantes.	Todos os hospitais da rede própria que possuem sistema informatizado.
Tempo de resposta	Intervalo entre a solicitação com status “Aguardando Confirmação” e o desfecho com status “Reserva	Todos os hospitais da rede própria que possuem sistema informatizado.

	Confirmada” ou “Reserva Rejeitada”.	
Número de internações	Quantidade de internações realizadas durante o período de um mês, em leitos de internação.	Todos os hospitais da rede própria que possuem sistema informatizado.
Número de saídas	Quantidade de saídas hospitalares, por alta ou transferência, de pacientes internados em leitos operacionais.	Todos os hospitais da rede própria que possuem sistema informatizado.
Taxa de ocupação mensal (%)	Relação entre o número de pacientes internados por dia e o número de leitos operacionais disponíveis.	Todos os hospitais da rede própria que possuem sistema informatizado.
Giro de leitos	Total de saídas hospitalares (altas, transferências e óbitos) em relação ao número de leitos operacionais de internação.	Todos os hospitais da rede própria que possuem sistema informatizado.
Tempo médio de permanência mensal (dias)	Relação entre o número de pacientes internados por dia e o número de saídas hospitalares de pacientes internados em leitos operacionais.	Todos os hospitais da rede própria que possuem sistema informatizado.
Taxa de mortalidade	Número de saídas hospitalares por óbito em relação ao total de pacientes internados em leitos operacionais.	Todos os hospitais da rede própria que possuem sistema informatizado.

Fonte: Elaborado pela própria autora, a partir dos dados do ICEPi (2025).

A partir dos dados coletados realizaram-se as análises descritivas. As variáveis contínuas foram apresentadas como média (Me) e desvio padrão (DP) ou mediana (Md) e intervalo interquartílico (ITQ), conforme a distribuição dos dados. Para as variáveis categóricas e contínuas, foram calculadas as frequências absolutas e relativas.

Ainda foi considerado a Classificação dos resultados, conforme o seguinte critério, ratificado por Ferreira (2007), e classificação do *Institute For Healthcare Improvement* (2023):

Tabela 7 – Classificação e critérios para os resultados.

Classificação	Critério
Melhoria significativa	variação $\geq 10\%$ na direção desejável
Piora significativa	variação $\geq 10\%$ na direção indesejável
Estabilidade	variação $< 10\%$ em qualquer direção

Fonte: Elaborada pela própria autora (2026).

Esta classificação permitiu avaliar se a atuação do PGAQ nos hospitais resultou em avanços concretos em relação aos objetivos de qualificação e ampliação do acesso aos serviços.

A escolha desse delineamento justifica-se, pela disponibilidade de dados administrativos organizados nos sistemas do ICEPi, da SESA e dos hospitais participantes; pela ausência de variabilidade amostral, que inviabilizou a aplicação de testes inferenciais e; pela viabilidade de comparar os resultados observados com os resultados esperados, considerando os critérios de desempenho previamente definidos.

Conforme sugestão dos autores Lima et al. (2020) e Hartz (1997), a análise seguiu as diretrizes da avaliação de programas fundamentada em dados secundários e indicadores de desempenho da gestão pública.

Assim, os resultados estão apresentados em tabelas-resumo, sintetizando as variáveis que apresentam melhora, piora ou estabilidade em cada unidade hospitalar. Além disso, há quadros interpretativos, relacionando os efeitos observados aos componentes do PGAQ, implementados em cada hospital.

A interpretação dos dados coletados, indicadores de acesso e eficiência hospitalar, foi conduzida não apenas sob a perspectiva da *performance* institucional, mas também como expressão das condições estruturais e políticas de cada território. A análise da variação percentual, entre os períodos anterior e posterior à implantação do programa, foi orientada por critérios de desejabilidade técnica, sem desconsiderar a leitura crítica acerca dos determinantes institucionais e sociais que condicionam os resultados observados.

4.4.1.2 Apreciação do processo: análise dos documentos

Nessa apreciação, foi realizada uma abordagem crítica que estabeleceu uma avaliação normativa articulada a conceitos centrais do Serviço Social, especialmente no que se refere à análise do poder e papel do Estado na formulação de políticas públicas, entendido como espaço de disputa entre projetos societários distintos (Iamamoto, 2008; Bobbio, 2000).

Nessa perspectiva, compreendeu-se que o PGAQ não é apenas um instrumento técnico voltado à qualificação e ao aprimoramento da gestão

hospitalar, mas como uma política indutora que expressa a ação estatal na tentativa de enfrentar as desigualdades regionais, a escassez de leitos e a baixa resolutividade da média complexidade.

Nesse contexto, a territorialização da política constituiu elemento analítico essencial. Conforme argumentam Santos (2006) e Monken e Barcellos (2005), o território deve ser compreendido como espaço vivido, socialmente produzido, onde se materializam fluxos, redes e contradições. Ao adaptar-se às especificidades de cada unidade hospitalar, o PGAQ busca responder a essas singularidades territoriais, configurando-se como uma política pública orientada à articulação entre indução centrada e diversidade local, por meio da construção de indicadores, pactuações e estratégias de acompanhamentos.

Sob a ótica da gestão pública, o PGAQ também foi analisado à luz do Modelo de Excelência em Gestão (MEG), desenvolvido pela Fundação Nacional da Qualidade (2016), com ênfase nos princípios de orientação por processos, geração de valor público, liderança transformadora e aprendizado organizacional. Essa dimensão analítica possibilitou discutir a incorporação de práticas ao gerencialismo no setor público, reconhecendo, entretanto, os limites e as contradições desse modelo em contextos marcados por desigualdade, subfinanciamento e precarização das relações de trabalho (Paes de Paula, 2005; Abrúcio, 2007).

Dessa forma, a análise problematiza o papel das reformas administrativas no Brasil, especialmente aquelas influenciadas pela Nova Gestão Pública (NGP), em relação às diretrizes e princípios do SUS. Embora instrumentos como indicadores, metas e incentivos possam favorecer a qualificação da gestão, sua aplicação foi cuidadosamente realizada com atenção aos limites estruturais e aos compromissos ético-políticos que orientam as políticas sociais universais, conforme enfatiza Iamamoto (2008).

Essa dimensão analítica permitiu avaliar se o PGAQ, sob a ótica do NIR, contribuiu efetivamente para a consolidação das RAS no Espírito Santo ou se opera de forma isolada, desarticulada da lógica sistêmica prevista pelo SUS.

Para viabilizar a apreciação do processo e subsidiar a avaliação normativa, procedeu-se à coleta e análise de um conjunto estratégico de documentos oficiais e institucionais. O Quadro 2 sistematiza a relação detalhada desses documentos normativos e operacionais vinculados ao PGAQ, delineando

o objetivo analítico específico atribuído a cada um deles. Essa estruturação metodológica foi fundamental para viabilizar uma análise documental comparativa, permitindo confrontar o modelo idealizado nas diretrizes federais e estaduais com as evidências de execução prática nas unidades hospitalares capixabas.

Quadro 2 – Relação de documentos institucionais e normativos analisados e seus respectivos objetivos analíticos. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.

Documentos Institucionais e Normativos	Objetivo da Análise
Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)	Atuar como o marco legal e teórico-normativo de referência nacional. O objetivo foi verificar se as normativas estaduais do PGAQ e as práticas hospitalares estão alinhadas às diretrizes nacionais de organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS).
Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde	Servir como o "modelo ideal" de estrutura e funcionamento, objetivando verificar se a implantação do NIR nos hospitais capixabas seguiu as recomendações federais quanto à rotina e equipe.
Portaria ICEPi Nº 012-R, de 08/10/2019 e Portaria ICEPi Nº 015-R, de 16/11/2021	Identificar os propósitos, diretrizes e metas oficiais do PGAQ no âmbito estadual, mapeando as intenções normativas do programa para posterior confronto com a execução prática.
Termo de Abertura de Projeto (TAP) – Núcleo Interno de Regulação	Estabelecer parâmetros operacionais, confrontando a proposta originalmente planejada (etapas, atividades e prazos) com as entregas efetivamente realizadas pelos hospitais.
Manual do NIR de cada hospital e Regimentos Internos.	Evidenciar a institucionalização local dos processos, mapeando como as rotinas de regulação e os fluxos foram estruturados internamente em cada unidade, evidenciando homogeneidade ou disparidades.
Relatórios de Gestão ICEPi 2019–2022 e Relatório de Gestão ICEPi 2023	Extrair evidências empíricas e macroestratégicas, cruzando os resultados consolidados relatados, pela gestão estadual, com as metas das portarias para identificar convergências ou desvios na rede hospitalar.

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

Assim, no âmbito do PGAQ, esse referencial permitiu examinar em que medida seus instrumentos, como os Núcleos Internos de Regulação (NIR), os sistemas de monitoramento de indicadores, a lógica de metas e o apoio

institucional, foram efetivamente implementados nos hospitais da rede pública estadual do Espírito Santo. Além disso, possibilitou avaliar se tais medidas expressam os princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde: universalidade, equidade, integralidade e gestão descentralizada (Brasil, 1988; Paim, 2008).

Segundo Hartz (1997), essa abordagem aproxima-se da análise de efeitos observáveis do programa, possibilitando avaliação de políticas públicas reais e complexas, mesmo na ausência do rigor estatístico, característico de ensaios experimentais.

Para tanto, essa forma de apreciação foi operacionalizada a partir de três eixos de análise. Para cada eixo, foram definidos critérios, perguntas norteadoras e indicadores, conforme demonstrado nos quadros analíticos desenvolvidos.

O Quadro 3, a seguir, sintetiza os eixos analíticos que compuseram esta etapa da avaliação, relacionando os aspectos observados, os referenciais teóricos adotados e a contribuição de cada dimensão para o entendimento dos resultados alcançados pelo PGAQ, no Espírito Santo.

Quadro 3 – Estratégia de Análise do PGAQ sob a Perspectiva Normativa e das Políticas Públicas. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.

Dimensão Analítica	O que foi analisado	Referencial de Apoio	Contribuição para o Estudo
1. Coerência com os objetivos do PGAQ	Os componentes do programa (como NIR, gestão de leitos e indicadores) foram implementados conforme previsto nas portarias e instrumentos.	HARTZ (2012); FNQ (2016); SESA/ICEPi.	Fundamenta a avaliação normativa, verificando a adesão ao modelo ideal proposto.
2. Efeitos sobre os indicadores assistenciais	A variação dos indicadores (internações, giro de leito, mortalidade etc.) antes e depois da implantação do programa.	MENDES (2011); PAIM (2008); Política Nacional de Atenção Hospitalar.	Mensura a efetividade do PGAQ no alcance de resultados em saúde.
3. Conformidade com os princípios do SUS	O programa contribui para a universalidade, equidade, integralidade e descentralização.	BRASIL (1988); PAIM (2008); ARRETCHE (2003).	Garante aderência aos marcos legais e normativos do SUS.

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

4.4.1.3 Descrição dos eixos de Análise Crítica do PGAQ.

Coerência com os Objetivos do PGAQ - Esta dimensão teve como propósito examinar em que medida os componentes estruturantes do programa, como o Núcleo Interno de Regulação (NIR), a gestão de leitos e os indicadores de desempenho, foram implantados em conformidade com os instrumentos normativos que orientam sua execução.

A análise baseou-se nos pressupostos da avaliação normativa, conforme orientado por Hartz (2012), ao buscar verificar a correspondência entre o modelo idealizado e sua efetivação nos serviços de saúde. A coerência entre o desenho técnico e a prática institucional foi considerada elemento essencial para assegurar a legitimidade do programa enquanto política pública voltada à qualificação da gestão hospitalar e à indução da qualidade assistencial.

Foram observadas diferentes dimensões, incluindo a aderência às normativas do ICEPi, na perspectiva da implementação dos Núcleos Internos de Regulação (NIR) e a utilização sistemática dos instrumentos de monitoramento e avaliação previstos pelo programa. A investigação foi orientada por perguntas norteadoras, tais como: as práticas adotadas nas unidades hospitalares estão de acordo com o que foi estabelecido nos documentos oficiais do PGAQ? Há correspondência entre os objetivos do programa e sua execução na rotina institucional? E os componentes centrais foram implantados de forma homogênea entre os hospitais avaliados?

Assim, nesse eixo analítico, “**Coerência com os objetivos do PGAQ**”, apresentado no Quadro 4, a investigação foi orientada pela verificação do grau de aderência entre os componentes previstos nos instrumentos normativos do programa e aqueles efetivamente implementados nas unidades hospitalares. Para tanto, foi realizada uma análise crítica dos documentos oficiais que estruturam o PGAQ, incluindo portarias, manuais operacionais, ferramentas e instrumentos técnicos, confrontando com os relatórios administrativos produzidos pelos hospitais da rede estadual.

Quadro 4 – Coerência com os Objetivos do PGAQ. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.

Pergunta Norteadora	Como a análise foi realizada	Documentos analisados
As práticas implementadas condizem com o previsto nos documentos oficiais do PGAQ?	Foi realizada uma análise documental comparativa entre os instrumentos normativos do programa (portarias, manuais, ferramentas) e os relatórios de execução nos hospitais. O objetivo é verificar se o Núcleo Interno de Regulação (NIR), gestão por indicadores e apoio institucional, foram implementados conforme o modelo proposto.	Política Nacional de Atenção Hospitalar; Portaria ICEPi Nº 012-R, de 08 de outubro de 2019; Portaria ICEPi Nº015-R, de 16 de novembro De 2021 Termo de Abertura de Projeto – TAP; Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde; e, Relatório de Gestão ICEPi 2019 – 2022, e; Relatório de Gestão ICEPi 2023.
Há consistência entre os objetivos do programa e sua execução prática?	Foram mapeadas as metas e objetivos expressos nos documentos do PGAQ e confrontadas com as ações efetivamente executadas nos hospitais. Isso permitiu identificar convergências e eventuais desvios entre a intenção normativa e a prática.	Relatório de Gestão 2019, 2020 e 2021; Portaria ICEPi Nº015-R, de 16 de novembro De 2021 Termo de Abertura de Projeto – TAP; Manual do NIR de cada hospital; Regimento Interno de cada hospital; Relatório de Gestão ICEPi 2019 - 2022 e; Relatório de Gestão ICEPi 2023
O Núcleo Interno de Regulação foi implantado de forma homogênea entre os hospitais?	Foi feita uma comparação descritiva entre os hospitais analisados, verificando se a implantação do NIR foi efetiva, em que período e com que abrangência. A análise buscou evidenciar disparidades na execução.	Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde; Termo de Abertura de Projeto – TAP; Manual do NIR e Regimento Interno de cada hospital; Relatório de Gestão ICEPi 2019 - 2022 e; Relatório de Gestão ICEPi 2023

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

A avaliação da consistência entre os objetivos centrais do programa - tais como: a ampliação do acesso, a qualificação da gestão hospitalar e fortalecimento da regulação interna - e sua execução prática foram realizadas por meio da identificação da presença dos elementos-chave em cada unidade hospitalar, incluindo o Núcleo Interno de Regulação e os indicadores operacionais.

No eixo analítico denominado "Efeitos sobre os indicadores assistenciais", apresentado no Quadro 5, a investigação baseia-se em uma abordagem quantitativa sustentada por dados secundários. As principais fontes de informação incluem os relatórios administrativos hospitalares, os formulários do PGAQ e os registros do sistema de informação hospitalar (MV).

Quadro 5 – Efeitos sobre os Indicadores Assistenciais. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.

Pergunta Norteadora	Como a análise foi realizada	Documentos
Os indicadores assistenciais melhoraram após a implantação do PGAQ?	Foi feita uma análise descritiva comparando os valores médios dos principais indicadores antes e depois da implantação do PGAQ. Serão calculadas variações percentuais com base em 36 meses pré e 36 meses pós-implantação.	Política Nacional de Atenção Hospitalar; Portaria ICEPi Nº 012-R, de 08 de outubro de 2019; Portaria ICEPi Nº015-R, de 16 de novembro De 2021 Termo de Abertura de Projeto – TAP; Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde e, Manual do NIR de cada hospital e Regimentos Internos.
Quais áreas demonstraram maior sensibilidade ao programa?	Foram analisados, hospital por hospital, quais indicadores apresentavam mudanças mais expressivas, positivas ou negativas, com base em uma matriz de variação percentual. Isso permitiu mapear as áreas (ex: regulação, internação, desfechos) mais impactadas.	Termo de Abertura de Projeto – TAP; Manual do NIR e Regimento Interno de cada hospital; Relatório de Gestão ICEPi 2019 - 2022 e; Relatório de Gestão ICEPi 2023
Houve impacto sobre a qualidade do cuidado prestado?	Foi feita uma análise indireta com base em indicadores como tempo de resposta do NIR, mortalidade hospitalar, taxa de rejeição e permanência. Foram confrontados com padrões de qualidade assistencial da literatura técnica.	Política Nacional de Atenção Hospitalar; Portaria ICEPi Nº 012-R, de 08 de outubro de 2019; Portaria ICEPi Nº015-R, de 16 de novembro De 2021 Termo de Abertura de Projeto – TAP; Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde; e, Relatório de Gestão ICEPi 2019 – 2022, e; Relatório de Gestão ICEPi 2023.

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

O método adotado consistiu em uma análise descritiva comparativa dos principais indicadores de desempenho, estruturada em um desenho temporal “antes e depois”. Para isso, foram confrontados os resultados referentes aos 36 meses que antecederam a implantação de cada componente do PGAQ com os 36 meses subsequentes à sua implementação.

Mais do que mensurar o desempenho geral, esta análise procurou identificar as dimensões mais sensíveis à intervenção do programa, verificando, por exemplo, se os avanços foram mais expressivos na gestão de leitos ou na qualidade assistencial.

A avaliação foi sustentada pelos referenciais técnico-científicos de Mendes (2011) e pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (Brasil, 2013), o que possibilitou uma leitura crítica acerca da efetividade do PGAQ na qualificação da gestão hospitalar pública capixaba.

No eixo “**Conformidade com os Princípios do SUS**”, o objetivo foi avaliar o grau de consonância do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar (PGAQ) com os princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalidade, equidade, integralidade e descentralização. A análise teve como base os marcos legais que fundamentam o SUS, notadamente a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, além de apoiar-se em referenciais teóricos relevantes. Entre eles destacam-se Paim (2008), ao discutir os avanços e limites da Reforma Sanitária, e Arretche (2003), ao examinar os desafios da coordenação federativa e os mecanismos de implementação de políticas públicas. Essa abordagem permite verificar em que medida o PGAQ expressa, em sua concepção e execução, os valores e diretrizes que sustentam o modelo público e universal de atenção à saúde no país.

O eixo analítico referente à conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), procurou identificar em que medida o programa promove a universalidade no acesso hospitalar, fortalece a equidade e a descentralização na gestão e estimula a integralidade por meio da definição de fluxos e protocolos assistenciais.

Desta forma, conforme descrito no Quadro 6, demonstra-se a análise inicial corresponde aos elementos estruturantes do programa, como o funcionamento do Núcleo Interno de Regulação (NIR), os indicadores pactuados

e as estratégias de apoio institucional, buscando identificar sua aderência aos princípios orientadores do SUS. Foram observados, por exemplo, os critérios de priorização adotados e sua compatibilidade com o acesso universal, bem como a existência de dispositivos que garantam a integralidade da atenção.

Nesse contexto, a investigação procura responder a perguntas centrais, como: o PGAQ fortalece os princípios constitucionais do SUS? Há ganhos em equidade entre regiões e hospitais? E o programa promove efetivamente a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde? Essa abordagem permite avaliar a capacidade do PGAQ de consolidar-se como uma política pública alinhada aos fundamentos do SUS, promovendo acesso, qualidade e integração na atenção hospitalar.

Quadro 6 – Conformidade com os princípios do SUS: Como será feita a análise. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.

Pergunta Norteadora	Como a análise foi realizada	Documentos
O PGAQ fortalece os princípios constitucionais do SUS?	Foi feita uma análise documental e crítica dos componentes do PGAQ (NIR, indicadores, apoio institucional), verificando sua aderência aos princípios de universalidade, equidade, integralidade e descentralização. Universalidade: ampliação do acesso hospitalar; Equidade: redução das desigualdades regionais na oferta de leitos e nos tempos de regulação; Integralidade: articulação entre gestão de leitos e redes de atenção; Descentralização: autonomia e pactuação com os hospitais e regiões.	Política Nacional de Atenção Hospitalar; Portaria ICEPi Nº 012-R, de 08 de outubro de 2019; Portaria ICEPi Nº015-R, de 16 de novembro De 2021 Termo de Abertura de Projeto – TAP; Manual do NIR e Regimento Interno de cada hospital;
O programa promove articulação entre níveis de atenção?	Foram analisadas evidências de integração entre os hospitais e a atenção primária ou outros serviços da rede, a partir de registros dos relatórios institucionais.	Portaria ICEPi Nº 012-R, de 08 de outubro de 2019; Portaria ICEPi Nº015-R, de 16 de novembro De 2021 Termo de Abertura de Projeto – TAP; Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde; e, Relatório de Gestão ICEPi 2019 – 2022, e;

		Relatório de Gestão ICEPi 2023.
Há ganhos em equidade entre regiões e hospitais?	Foram comparadas a variação dos indicadores assistenciais entre hospitais de diferentes portes e regiões, buscando identificar se o PGAQ contribuiu para reduzir desigualdades. Comparar os indicadores antes e depois da implantação do PGAQ por hospital e por região. Observar se regiões com menor estruturação anterior apresentaram maiores melhorias (efeito redistributivo do programa). Verificar se o programa respeitou as necessidades territoriais ou aplicou soluções homogêneas. Examinar se hospitais de regiões mais vulneráveis (ex: interior) tiveram maior redução na taxa de espera para internação.	Portaria ICEPi Nº 012-R, de 08 de outubro de 2019; Portaria ICEPi Nº015-R, de 16 de novembro De 2021 Termo de Abertura de Projeto – TAP; Manual de Implantação e Implementação do NIR do Ministério da Saúde; e, Relatório de Gestão ICEPi 2019 – 2022, e; Relatório de Gestão ICEPi 2023.

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

Na sequência, foi investigada a capacidade do PGAQ de articular os diferentes níveis de atenção à saúde, com destaque para a interface entre a atenção primária e os serviços de média complexidade hospitalar. Para tanto, foram examinados documentos operacionais, como relatórios de gestão, protocolos de referência e contrarreferência, bem como a atuação de apoios institucionais que atuam como agentes de integração entre os serviços. A avaliação seguiu os referenciais das redes de atenção à saúde, especialmente no que se refere à continuidade e à coordenação do cuidado.

Ademais, foi analisada a efetividade do programa na promoção da equidade entre unidades hospitalares e regiões com distintos níveis de desenvolvimento socioeconômico. A comparação de indicadores assistenciais entre os hospitais participantes permitiu identificar avanços em áreas historicamente vulneráveis. Esse processo foi fundamentado nos marcos legais do SUS (Brasil, 1988), nas reflexões da Reforma Sanitária (Paim, 2008) e em estudos que abordam o financiamento e as desigualdades regionais no sistema de saúde brasileiro.

4.4.1.4 Apreciação dos resultados

A etapa de apreciação dos resultados nesta pesquisa correspondeu à integração dos achados provenientes das análises das dimensões da estrutura e do processo. Essa etapa visou articular os dados quantitativos, referentes aos indicadores hospitalares, com as evidências qualitativas derivadas da análise documental, promovendo uma compreensão mais abrangente dos efeitos decorrentes da implementação do Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade (PGAQ).

No âmbito da avaliação normativa, a apreciação dos resultados transcende a simples mensuração de impactos numéricos ou índices isolados, direcionando-se à verificação da conformidade com os objetivos do programa, à coerência com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) e à efetiva transformação das práticas assistenciais e da gestão hospitalar.

Assim, para analisar esses resultados, considerando o olhar sob as políticas públicas, optou-se por estruturá-los, com base em um modelo analítico, integrando a análise documental do programa aos indicadores assistenciais observados na rede hospitalar.

Inicialmente, apresenta-se a integração dos achados examinados nos documentos institucionais do PGAQ, incluindo portarias, relatórios técnicos e registros institucionais, a partir dos quais foram identificados os objetivos estratégicos do programa, trazendo os indicadores assistenciais selecionados para monitoramento da gestão hospitalar.

Em seguida, com objetivo de trazer uma análise à luz do planejamento de políticas públicas, que nesse estudo destacam-se, o Estado, o território e as diretrizes do SUS, a análise dessa integração foi realizada considerando as seguintes dimensões: o papel do Estado, a organização territorial da rede de atenção à saúde e a relação dos resultados com os princípios do SUS.

Para melhor compreensão, a figura abaixo ilustra uma matriz analítica que articulou indicadores, objetivos do programa e princípios do Sistema Único de Saúde à análise crítica interpretada considerando quatro dimensões analíticas centrais para a análise de políticas públicas em saúde, conforme (Figura 3):

Figura 3. Modelo Analítico da Avaliação do PGAQ.

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

Assim, a figura sintetiza o percurso analítico adotado no estudo, integrando análise documental do programa, indicadores assistenciais da rede hospitalar e interpretação dos resultados à luz das dimensões Estado, território e organização do SUS.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo do Sistema CEP/Conep - sistema integrado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP do CNS e pelos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP), por meio da Plataforma Brasil, sob o número do parecer 7.035.504, CAAE 81876224.9.0000.5065 (anexo A). A pesquisa seguiu rigorosamente as diretrizes e normativas estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Por se tratar de dados retrospectivos, obtidos a partir de fontes indiretas de informação e sem aplicação de questionários, foi solicitada dispensa da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), considerando a inviabilidade de sua obtenção.

5 RESULTADOS

A análise foi conduzida sob a ótica da avaliação normativa, que confronta o modelo idealizado nos documentos oficiais com a execução prática. A apresentação foi dividida nas seguintes frentes: Apreciação da Estrutura: Avaliação de indicadores assistenciais; Apreciação do Processo: Análise de documentos normativos, rotinas e fluxos do PGAQ; Apreciação dos Resultados: Integração dos dados quantitativos e qualitativos baseada em eixos de análise crítica.

5.1 APRECIÇÃO DA ESTRUTURA: AVALIAÇÃO DE INDICADORES ASSISTENCIAIS

Apresentação Geral dos Dados dos Indicadores assistenciais - A análise quantitativa dos resultados do PGAQ foi conduzida com base em oito indicadores hospitalares, referentes a seis hospitais estaduais do Espírito Santo: Hospital Estadual Dório Silva (HDS), Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), Hospital Estadual de Vila Velha (HESVV), Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), Hospital Maternidade Silvio Avidos (HMSA), e Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS).

Os dados foram agrupados em dois períodos: pré-implementação do PGAQ (2017–2019) e pós-implementação (2021–2023), com exclusão do ano de 2020 por se tratar do período de implantação da metodologia do programa nas unidades hospitalares, caracterizando o período de transição.

Para cada hospital e indicador foram calculadas as médias dos três anos anteriores e posteriores à implementação, a variação percentual e a classificação segundo o impacto (melhoria significativa, piora significativa ou sem mudança significativa).

O programa implementado, em 2020, teve impactos variados nos hospitais analisados (HDS, HEAC, HESVV, HINSG, HMSA, HRAS), com base nos indicadores de internações, saídas, giro de leitos, ocupação dos leitos operacionais, tempo de permanência, mortalidade, solicitações rejeitadas e solicitações respondidas, no tempo de até 2h.

Para garantir a clareza na interpretação dos dados apresentados nas próximas seções, retoma-se abaixo, no quadro 7, as definições e critérios de cada classificação adotados neste estudo. A partir dessa referência, é possível compreender o desempenho específico de cada hospital, detalhado nos quadros subsequente, definindo quando uma variação deve ser uma mudança efetiva ou apenas uma oscilação natural do sistema.

Quadro 7 – Classificação, critérios e definição para os resultados.

Classificação	Critério	Definição
Melhoria significativa	Variação $\geq 10\%$ na direção desejável	Mudança positiva que indica mudança na qualidade e/ou no acesso
Piora significativa	Variação $\geq 10\%$ na direção indesejável	Mudança negativa que acende um alerta sobre a gestão ou assistência
Estabilidade	Variação $< 10\%$ em qualquer direção	Oscilação considerada natural ou manutenção do cenário anterior, sem impacto relevante.

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

Com base nesses critérios de classificação, apresenta-se a seguir o desempenho por unidade hospitalar.

5.1.1 Hospital Estadual Dório Silva (HDS)

Conforme o Quadro 8, o HDS apresentou avanços importantes em cinco dos oito indicadores, com destaque para o aumento nas internações (+21%), saídas (+18,4%), giro de leitos (+50%) e queda da taxa de rejeição (-98,1%), evidenciando a efetividade da intervenção na otimização do fluxo de acesso e na rotatividade hospitalar. Em contrapartida, houve piora significativa na taxa de mortalidade (+68,4%) e na resposta em até 2h (-18,6%).

Quadro 8 - Análise dos indicadores do Hospital HDS. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.

Indicador	Pré (2017–2019)	Pós (2021–2023)	Variação (%)	Classificação
Número de Internações	620,67	751,00	+21,00	Melhoria significativa
Número de Saídas	617,00	730,33	+18,37	Melhoria significativa
Taxa de Ocupação (%)	79,33	91,33	+15,13	Melhoria significativa
Giro de Leitos	2,00	3,00	+50,00	Melhoria significativa
Tempo Médio de Permanência (dias)	8,67	8,33	-3,85	Sem mudança significativa
Taxa de Mortalidade (%)	6,33	10,67	+68,42	Piora significativa
Taxa de Rejeição (%)	52,67	1,00	-98,10	Melhoria significativa
Resposta em Até 2h (%)	96,67	78,67	-18,62	Piora significativa

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

5.1.2 Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC)

Conforme Quadro 9, o HEAC teve o melhor desempenho entre os avaliados, com aumento expressivo nas internações (+75,9%) e saídas (+73,2%), além de redução relevante no tempo de permanência (-54,2%) e na taxa de rejeição (-50,4%). A resposta em 2h melhorou (+23,9%), ainda que a taxa de mortalidade tenha subido (+48,9%). Ademais, houve crescimento expressivo na capacidade de atendimento, com forte ampliação das internações e saídas.

Quadro 9 - Análise dos indicadores do Hospital o HEAC. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.

Indicador	Pré (2017–2019)	Pós (2021–2023)	Variação (%)	Classificação
Internações	106,33	187,00	+75,86	Melhoria significativa
Saídas	107,00	185,33	+73,21	Melhoria significativa
Tempo de Permanência	71,33	32,67	-54,21	Melhoria significativa

Rejeição (%)	90,67	45,00	-50,37	Melhoria significativa
Resposta em 2h (%)	54,33	67,33	+23,93	Melhoria significativa
Mortalidade (%)	15,00	22,33	+48,89	Piora significativa

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

5.1.3 Hospital Estadual de Vila Velha (HESVV)

O hospital HESVV, diferente das outras unidades, apresentou piora significativa na maioria dos indicadores: queda nas internações (-35,2%) e saídas (-46,1%), aumento no tempo de permanência (+33,3%) e mortalidade (+257,1%). Apenas a taxa de rejeição apresentou melhora significativa (-69,2%). Foi o único hospital com deterioração ampla em indicadores centrais. No quadro 10, apresenta-se os resultados alcançados e a variação em relação aos períodos analisados.

Quadro 10 - Análise dos indicadores do Hospital **HESVV**. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.

Variável	Pré (2017–2019)	Pós (2021–2023)	Variação (%)	Classificação
Número de Internações	387.67	251.33	-35.17	Piora significativa
Número de Saídas	386.00	208.00	-46.11	Piora significativa
Taxa de Ocupação (%)	9.67	79.67	724.14	Melhoria Significativa
Giro de Leitos	3.33	2.00	-40.00	Piora significativa
Tempo Médio de Permanência (dias)	6.00	8.00	33.33	Piora significativa
Taxa de Mortalidade (%)	2.33	8.33	257.14	Piora significativa
Taxa de Rejeição (%)	56.33	17.33	-69.23	Melhoria Significativa
Taxa de Resposta em Até 2 Horas (%)	97.67	80.67	-17.41	Piora significativa

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

5.1.4 Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

O Hospital HINSG apresentou um comportamento de estabilidade, ou seja, sem mudanças significativas na maioria dos indicadores de fluxo de acesso. Ao analisar o quadro 11, observaram-se melhorias significativas na taxa de ocupação (+283,3%), giro de leitos (+12,5%) e redução significativa na taxa de mortalidade (-98,15%), por outro lado, os indicadores de internação e saída não sofreram alteração relevantes e a resposta em até 2h piorou (-11,6%). O hospital manteve a estabilidade em grande parte dos indicadores, com destaque para a redução da taxa de rejeição, o que sugere avanço no acesso. Entretanto, houve piora na taxa de ocupação e discreta queda na mortalidade.

Quadro 11 - Análise dos indicadores do Hospital **HINSG**. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.

Indicador	Pré (2017–2019)	Pós (2021–2023)	Variação (%)	Classificação
Internações	670.00	641.67	-4.23	Sem mudança significativa
Saídas	670.00	632.33	-5.62	Sem mudança significativa
Ocupação (%)	22.00	84.33	283.33	Melhoria significativa
Giro de Leitos	2.67	3.00	12.50	Melhoria significativa
Tempo de Permanência	6.67	6.33	-5.00	Sem mudança significativa
Mortalidade (%)	18.00	0.33	-98.15	Melhoria significativa
Rejeição (%)	38.33	11.00	-71.30	Melhoria significativa
Resposta em 2h (%)	98.00	86.67	-11.56	Piora significativa

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

5.1.5 Hospital Maternidade Silvio Avidos (HMSA)

O Hospital HMSA registrou melhora no giro de leitos (+62,5%), redução no tempo de permanência (-15,0%), queda na mortalidade (-27,3%) e na rejeição (-90,4%). Contudo, a taxa de ocupação caiu (-27,5%) e a resposta em até 2h também piorou (-24,5%). Conforme demonstra o quadro 12, os resultados

indicam estabilidade geral nos indicadores operacionais, com melhora significativa apenas na taxa de rejeição.

Quadro 12 - Análise dos indicadores do Hospital **HMSA**. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.

Indicador	Pré (2017–2019)	Pós (2021–2023)	Variação (%)	Classificação
Internações	594.00	629.00	5.89	Sem mudança significativa
Saídas	593.67	648.67	9.26	Sem mudança significativa
Ocupação (%)	70.33	51.00	-27.49	Piora significativa
Giro de Leitos	2.67	4.33	62.50	Melhoria significativa
Tempo de Permanência	6.67	5.67	-15.00	Melhoria significativa
Mortalidade (%)	7.33	5.33	-27.27	Melhoria significativa
Rejeição (%)	41.67	4.00	-90.40	Melhoria significativa
Resposta em 2h (%)	17.67	13.33	-24.53	Piora significativa

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

5.1.6 Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS)

O Hospital HRAS demonstrou avanços consistentes, com aumento nas internações (+21,6%), nas saídas (+20,5%), na queda da rejeição (-65,2%), na ocupação (+10,24%), embora a resposta em até 2h tenha piorado (+14,52%), como demonstra o quadro 13. O hospital apresentou avanços consistentes em acesso e produtividade, com aumento nas internações, saídas e taxa de ocupação.

Quadro 13 - Análise dos indicadores do Hospital **HRAS**. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.

Indicador	Pré (2017–2019)	Pós (2021–2023)	Variação (%)	Classificação
Internações	198,00	240,67	+21,58	Melhoria significativa

Saídas	192,33	231,67	+20,47	Melhoria significativa
Ocupação (%)	81,33	89,67	+10,24	Melhoria significativa
Giro de Leitos	1,00	1,00	0,00	Sem mudança significativa
Tempo de Permanência	8,00	8,00	0,00	Sem mudança significativa
Mortalidade (%)	1,67	1,33	-20,29	Sem mudança significativa
Rejeição (%)	47,00	2,67	-94,32	Melhoria significativa
Resposta em 2h (%)	78,00	89,33	+14,52	Melhoria significativa

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

Para consolidar a visão sistêmica dos efeitos do PGAQ, o quadro a seguir resume o comportamento das variáveis por hospital.

Quadro 14 - Resultado da análise geral dos indicadores por unidade hospitalar. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.

Hospital	Variáveis que melhoraram	Variáveis que pioraram	Variáveis sem Mudança
HDS	Internações, Saídas, Ocupação, Giro, Rejeição	Mortalidade, Resposta 2h	Tempo de Permanência
HEAC	Internações, Saídas, Tempo Perm., Rejeição, Resposta 2h	Mortalidade	Ocupação
HESVV	Ocupação, Rejeição	Todas as demais	Nenhuma
HINSG	Ocupação, Giro, Mortalidade, Rejeição	Resposta 2h	Internações, Saídas, Tempo Perm.
HMSA	Giro, Tempo Perm., Mortalidade, Rejeição	Ocupação, Resposta 2h	Internações, Saídas
HRAS	Internações, Saídas, Giro, Rejeição	Ocupação, Resposta 2h	Tempo Perm., Mortalidade

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

O PGAQ demonstrou resultados positivos em diversos aspectos, sobretudo na redução da taxa de rejeição e melhora do giro de leitos. HEAC e HDS destacaram-se pelos ganhos mais expressivos, enquanto o HESVV apresentou indicadores preocupantes.

O Hospital HINSG destacou-se com os maiores avanços nos indicadores de acesso e resolutividade, no período pós-implementação (2021–2023), demonstrando uma melhoria significativa em 80% dos indicadores analisados.

O Hospital HRAS, por outro lado, apresentou uma performance mais estável, com menor variação entre os períodos, mas com manutenção de bons níveis de qualidade assistencial. O HMSA apresentou desafios relevantes na fase inicial do PGAQ, mas mostrou sinais de melhoria ao final do período analisado.

Apreciação do Processo: Análise de documentos normativos, rotinas e fluxos do PGAQ - A análise documental realizada nesta pesquisa permitiu examinar os marcos normativos, relatórios institucionais e registros técnicos relacionados à implementação do Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade (PGAQ). Ainda que o conjunto de documentos disponíveis apresente algumas limitações, especialmente no que se refere ao detalhamento das informações por unidade hospitalar, os relatórios institucionais analisados possibilitam identificar a evolução do programa ao longo do período estudado, evidenciando avanços na institucionalização de rotinas de regulação hospitalar, na organização da gestão de leitos e no monitoramento de indicadores assistenciais.

De modo geral, os documentos indicam que o PGAQ foi estruturado a partir de um desenho normativo consistente, alinhado às diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e aos instrumentos de regulação hospitalar propostos pelo Ministério da Saúde. A institucionalização dos Núcleos Internos de Regulação (NIR), bem como a adoção de indicadores voltados à gestão do acesso hospitalar, demonstram a tentativa de estruturar mecanismos de governança capazes de orientar a organização dos fluxos assistenciais e a utilização da capacidade hospitalar. Nesse sentido, os registros documentais apontam para um processo gradual de fortalecimento da gestão hospitalar, no âmbito da rede estadual, com foco na melhoria da eficiência assistencial e na qualificação do acesso aos serviços.

Entretanto, a análise documental também revelou limitações importantes na forma como os resultados do programa são apresentados nos relatórios institucionais. Em muitos casos, os documentos possuem caráter macro estratégico, com informações consolidadas para o conjunto da rede hospitalar,

o que dificulta a identificação de especificidades relacionadas ao desempenho de cada hospital. Essa característica pode, em certa medida, mascarar diferenças importantes entre as unidades hospitalares, especialmente considerando que os hospitais analisados apresentam perfis assistenciais distintos e estão inseridos em contextos territoriais igualmente diversos.

Ainda assim, mesmo diante dessas limitações, os documentos analisados permitem identificar tendências relevantes associadas à implementação do programa, particularmente no que se refere ao fortalecimento da regulação hospitalar, à incorporação de indicadores assistenciais, como instrumentos de monitoramento da gestão, e à organização dos fluxos hospitalares no interior da rede de atenção à saúde. Assim, embora a avaliação normativa realizada neste estudo tenha se concentrado na análise documental e no exame descritivo dos indicadores assistenciais, os achados obtidos revelam a importância do PGAQ como estratégia de aprimoramento da gestão hospitalar e de fortalecimento da organização do acesso, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, a análise foi organizada a partir de três eixos analíticos: coerência com os objetivos do programa, efeitos sobre os indicadores assistenciais e conformidade com os princípios do SUS, permitindo examinar, de forma integrada, os marcos normativos do PGAQ, os resultados observados nos indicadores e sua relação com os princípios organizativos do sistema público de saúde. Assim, a síntese dos resultados por hospital considerou três níveis de adesão: adere totalmente, adere parcialmente ou não adere, de acordo com a presença, consistência e continuidade das ações, em consonância com os objetivos de cada eixo, conforme apresentada no quadro 15 abaixo.

Quadro 15 - Síntese da Análise Documental do PGAQ por Eixos Analíticos. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.

Eixo Analítico	Questões Orientadoras	Resposta (Aderência)	Principais Evidências e Observações
1. Coerência com os objetivos do PGAQ	O documento apresenta os objetivos e metas de forma clara?	Adere totalmente	Há menção clara ao Núcleo Interno de Regulação (NIR), gestão de leitos e uso de indicadores.
	Os componentes estão alinhados às portarias do ICEPi/SESA?	Adere totalmente	A portaria que institui o NIR e o Termo de Abertura do Projeto possuem concordância explícita com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), Manual do NIR do Ministério da Saúde e Política Estadual de Regulação.
	Há consistência entre o previsto e o executado?	Adere parcialmente	Nos relatórios anuais de gestão de 2019-2022 e 2023, predomina uma menção geral, não fazendo menção clara dos resultados por unidade hospitalar. Ficam ausentes os desafios encontrados por unidade e não há evidências do planejamento de decisões com base no instrumento.
2. Efeitos sobre os indicadores	O documento traz dados comparativos pré e pós-implantação?	Adere parcialmente	Apenas o relatório de gestão referente ao ciclo 2019-2022 faz menção de alguns indicadores comparando os cenários antes e após a implementação do programa.
	Os indicadores estão associados a metas do PGAQ?	Adere totalmente	Há coerência na associação com tempo de resposta de até 2h, rejeição, o giro de leito, tempo de permanência e taxa de ocupação.
3. Conformidade com os princípios do SUS	O programa é coerente com a universalidade, equidade, integralidade?	Adere parcialmente	Os relatórios anuais não trazem referências ou citações teóricas diretas aos princípios, mas as ações descritas garantem a conformidade na prática, embasadas na PNHOSP e no Manual do NIR.
	Há ações voltadas para populações vulneráveis?	Adere parcialmente	Ficam claras as ações realizadas para pacientes de longa permanência, vulnerabilidades sociais e articulação com a rede. <i>Ponto de melhoria:</i> Relatar as ações estratificadas por regiões de saúde ou hospitais específicos.

Fonte: Elaborado pela própria autora, com base na análise documental (2026).

EIXO 1 – Coerência com os Objetivos do PGAQ - A análise documental permitiu verificar elevado grau de coerência entre o desenho normativo do PGAQ e os objetivos institucionais propostos pelo programa. Os documentos analisados apontam para presença de diretrizes claras relacionadas à organização do acesso hospitalar, à implantação dos Núcleos Internos de Regulação (NIR) e à adoção de mecanismos de gestão de leitos orientados por indicadores assistenciais. Esses elementos demonstram que o programa foi concebido a partir de um arcabouço normativo consistente, alinhado às diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e às recomendações do Manual do NIR do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, observa-se aderência significativa entre os objetivos estratégicos do programa e os instrumentos institucionais estabelecidos para sua implementação. A criação de rotinas voltadas ao monitoramento da ocupação hospitalar, à organização dos fluxos assistenciais e à utilização de indicadores de desempenho evidencia a tentativa de estruturar mecanismos de governança capazes de qualificar a gestão hospitalar no âmbito da rede estadual de saúde. Tais elementos indicam que o PGAQ se apresenta como uma política institucional voltada à indução de mudanças organizacionais na gestão hospitalar.

Entretanto, ao analisar a consistência entre o planejamento institucional e a execução das ações previstas, identificou-se aderência apenas parcial. Os relatórios de gestão analisados apresentam, em sua maioria, informações agregadas sobre a implementação do programa, sem detalhamento sistemático das ações desenvolvidas em cada hospital ou das decisões gerenciais tomadas a partir dos indicadores monitorados. Essa característica limita a possibilidade de compreender de forma mais aprofundada como as diretrizes do programa foram traduzidas em práticas institucionais concretas em cada unidade hospitalar.

Assim, embora a análise documental evidencie a existência de um desenho normativo robusto e alinhado às diretrizes nacionais de organização da assistência hospitalar, os resultados também indicam a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de monitoramento e de registro institucional

das ações desenvolvidas no âmbito do programa, de modo a permitir maior transparência e capacidade de avaliação das estratégias implementadas.

EIXO 2 – Efeitos sobre os Indicadores Assistenciais - No que se refere aos efeitos do programa sobre os indicadores assistenciais, a análise documental indicou que os parâmetros selecionados para monitoramento, no âmbito do PGAQ, estão diretamente relacionados aos objetivos estratégicos de qualificação do acesso hospitalar e de melhoria da gestão da capacidade instalada. Desse modo, indicadores como taxa de ocupação de leitos, tempo médio de permanência, giro de leitos, taxa de rejeição de solicitações de internação e tempo de resposta da regulação hospitalar constituem métricas amplamente utilizadas na gestão hospitalar para avaliar a eficiência da utilização dos recursos assistenciais e a organização dos fluxos de pacientes.

Os documentos institucionais analisados demonstram aderência entre os indicadores utilizados e as metas propostas pelo programa, evidenciando que o PGAQ incorporou parâmetros relevantes para o monitoramento da gestão hospitalar. Contudo, a análise também revelou limitações importantes na forma como esses indicadores são apresentados nos relatórios institucionais. A comparação evolutiva entre os períodos pré e pós-implantação do programa aparece de forma restrita, sendo identificada de maneira mais sistemática apenas no relatório referente ao ciclo 2019–2022.

Essa limitação mostra que, embora o programa tenha incorporado indicadores adequados para o acompanhamento da gestão hospitalar, a sistematização das análises evolutivas ainda se apresenta de forma parcial nos documentos institucionais. Dessa forma, torna-se difícil avaliar de maneira mais abrangente o impacto longitudinal das estratégias implementadas pelo PGAQ sobre o desempenho das unidades hospitalares.

Ainda assim, a análise integrada entre os documentos institucionais e os indicadores assistenciais disponíveis permite identificar evidências de avanços na incorporação de práticas de monitoramento da gestão hospitalar, reforçando a importância do uso de indicadores como instrumentos de acompanhamento e qualificação dos serviços de saúde.

EIXO 3 – Conformidade com os Princípios do SUS - A análise da conformidade do PGAQ com os princípios do Sistema Único de Saúde foi realizada considerando os fundamentos estabelecidos na Constituição Federal

de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que orientam a organização do sistema público de saúde brasileiro, a partir dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção.

Os documentos institucionais analisados não apresentam, de forma explícita, referências conceituais diretas a esses princípios nos relatórios de gestão do programa. Entretanto, as ações descritas nos documentos demonstram práticas que dialogam com esses fundamentos, especialmente no que se refere à organização do acesso hospitalar, à regulação assistencial e à articulação entre os serviços hospitalares e a rede de atenção à saúde.

Observou-se, por exemplo, a existência de iniciativas voltadas à organização do fluxo de pacientes de longa permanência e à articulação com outros pontos da rede assistencial, indicando esforços institucionais para garantir maior continuidade do cuidado e evitar permanências hospitalares desnecessárias. Tais estratégias podem ser interpretadas como práticas alinhadas aos princípios da integralidade da atenção e da organização sistêmica da rede de serviços de saúde.

Por outro lado, a análise documental também revelou lacunas importantes no que se refere à incorporação de recortes territoriais ou regionais na apresentação dos resultados do programa. A ausência de análises estratificadas por regiões de saúde ou por unidades hospitalares limita a capacidade de compreender de forma mais aprofundada as desigualdades territoriais presentes na rede hospitalar e os desafios específicos enfrentados em diferentes contextos assistenciais.

Assim, os resultados indicam que, embora o PGAQ apresente aderência prática aos princípios organizativos do SUS, persistem desafios relacionados à sistematização e ao detalhamento das informações institucionais, especialmente no que se refere à análise territorial da rede de serviços e à avaliação das especificidades regionais na implementação do programa.

Apreciação dos Resultados: Integração dos dados quantitativos e qualitativos baseada em eixos de análise crítica. Os resultados foram avaliados por meio da integração entre os indicadores assistenciais analisados e os achados provenientes da análise documental do Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade (PGAQ). Essa estratégia permitiu confrontar o modelo normativo proposto nos documentos institucionais com os efeitos observados na

prática assistencial dos hospitais da rede estadual, possibilitando compreender em que medida as diretrizes estabelecidas pelo programa se traduzem em mudanças concretas na gestão hospitalar e na organização do acesso aos serviços de saúde.

A análise documental realizada nas etapas anteriores revelou que o PGAQ apresenta um desenho normativo estruturado, alinhado às diretrizes nacionais de organização da assistência hospitalar e orientado por instrumentos de gestão voltados à regulação do acesso, à gestão de leitos e ao monitoramento de indicadores assistenciais. Entretanto, também se observou que os relatórios institucionais apresentam, em grande parte, informações consolidadas para o conjunto da rede hospitalar, o que limita a identificação de especificidades relacionadas ao desempenho de cada unidade hospitalar. Nesse sentido, a integração entre análise documental e indicadores assistenciais mostrou-se fundamental para ampliar a compreensão dos efeitos do programa, permitindo analisar como os instrumentos normativos se expressam na dinâmica concreta dos serviços hospitalares.

Para sistematizar essa integração analítica, elaborou-se uma matriz (Quadro 16) que articula três dimensões complementares: os indicadores assistenciais observados na rede hospitalar, os objetivos estratégicos do PGAQ identificados na análise documental e a sua relação com os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde. Nessa perspectiva, os indicadores quantitativos constituem o ponto de partida da análise empírica, sendo posteriormente interpretados à luz das diretrizes normativas do programa e dos princípios que orientam a organização do SUS.

Essa abordagem permite compreender os indicadores hospitalares não apenas como medidas de desempenho institucional, mas como expressões da forma como a política pública se materializa na organização da assistência hospitalar. Assim, a análise integrada evidencia que os resultados observados nos hospitais refletem tanto os efeitos das estratégias propostas pelo PGAQ quanto às condições institucionais e territoriais que influenciam a implementação do programa.

Quadro 16 – Matriz de Coerência Analítica da Avaliação do PGAQ. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.

Indicador assistencial	Evidência empírica observada	Objetivo do PGAQ (análise documental)	Expressão na organização da rede hospitalar	Implicação para o SUS
Internações	Variações no volume de internações entre hospitais da rede estadual	Organizar o acesso hospitalar por meio da regulação e da gestão de leitos	Indica diferenças na capacidade de absorção da demanda e na posição dos hospitais na rede assistencial	Contribui para avaliar a capacidade do sistema de garantir acesso hospitalar universal
Saídas hospitalares	Evolução no número de altas hospitalares em parte das unidades	Fortalecer a gestão da alta hospitalar e melhorar os fluxos assistenciais	Sugere reorganização dos fluxos hospitalares e melhor utilização da capacidade instalada	Favorece a continuidade do cuidado na rede de atenção
Taxa de ocupação de leitos	Diferenças no nível de ocupação entre hospitais	Monitorar e otimizar a utilização da capacidade hospitalar	Evidencia pressão assistencial diferenciada entre unidades da rede	Permite avaliar eficiência na utilização dos recursos hospitalares
Giro de leitos	Aumento do giro em algumas unidades hospitalares	Melhorar a eficiência na utilização dos leitos hospitalares	Indica maior rotatividade e redução de permanências prolongadas	Amplia a capacidade de atendimento da rede hospitalar
Tempo médio de permanência	Redução em algumas unidades e estabilidade em outras	Reduzir internações prolongadas e melhorar o fluxo hospitalar	Reflete diferentes estratégias de gestão hospitalar entre unidades	Contribui para ampliar a disponibilidade de leitos no sistema
Mortalidade hospitalar	Variações entre hospitais analisados	Monitorar qualidade da assistência hospitalar	Pode refletir diferenças no perfil assistencial e na complexidade dos casos atendidos	Permite avaliar qualidade da assistência no SUS
Rejeição de internações	Variações nas taxas de rejeição entre hospitais	Qualificar a regulação hospitalar e organizar o acesso	Indica limitações na capacidade instalada ou pressão assistencial sobre os serviços	Relaciona-se diretamente à equidade no acesso aos serviços
Resposta em até 2h	Diferenças no tempo de resposta da regulação hospitalar	Agilizar a regulação interna e melhorar o acesso hospitalar	Reflete capacidade de resposta do sistema à demanda assistencial	Contribui para garantir acesso oportuno aos serviços de saúde

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

A análise integrada dos indicadores assistenciais aponta que os efeitos do PGAQ não se manifestam de forma homogênea entre os hospitais da rede estadual. Enquanto algumas unidades demonstraram melhorias em determinados indicadores relacionados à gestão dos fluxos assistenciais e à utilização dos leitos hospitalares, outras não apresentaram resultados considerados satisfatórios no período analisado. Esse cenário indica que os efeitos do programa dependem não apenas das diretrizes normativas estabelecidas, mas também das condições institucionais, estruturais e territoriais que caracterizam cada unidade hospitalar.

Nesse contexto, a análise documental contribui para compreender como os objetivos do programa se relacionam com os resultados observados nos indicadores assistenciais, evidenciando tanto avanços na institucionalização de práticas de gestão hospitalar quanto desafios associados à implementação das estratégias propostas pelo PGAQ. Assim, os resultados apontam que, embora o programa represente uma iniciativa relevante para o fortalecimento da regulação hospitalar e da organização do acesso na rede estadual, persistem diferenças importantes entre as unidades hospitalares, que, por sua vez, refletem nas dinâmicas territoriais, assistenciais e institucionais da rede de serviços.

Análise crítica dos resultados sob a perspectiva das dimensões “Estado e Governança” e “Território e organização da rede de atenção à saúde” - Com o objetivo de sintetizar os principais achados desta análise integrada, apresenta-se a seguir o Quadro 17, de síntese crítica dos resultados, organizado a partir de três dimensões interpretativas centrais para a análise de políticas públicas em saúde: o papel do Estado na indução da política; a organização territorial da rede de atenção à saúde; e os indicadores hospitalares e organização do cuidado no SUS.

Quadro 17 - Quadro de Síntese Analítica dos Resultados da Avaliação do PGAQ. Espírito Santo, ES, Brasil, 2026.

Dimensão analítica	Evidências observadas na análise dos indicadores	Interpretação
Estado, governança e indução da gestão hospitalar	A implementação do PGAQ introduziu instrumentos de gestão hospitalar, como o monitoramento sistemático de indicadores assistenciais, a gestão da alta	Os resultados indicam que o Estado, por meio da formulação e implementação do PGAQ, exerce papel indutor na reorganização da gestão hospitalar, estimulando

no âmbito do PGAQ	hospitalar e o fortalecimento da regulação interna, por meio dos Núcleos Internos de Regulação. Parte dos hospitais apresentou melhoria em indicadores relacionados à gestão da capacidade instalada, como aumento do giro de leitos e redução do tempo médio de permanência.	práticas de monitoramento e regulação assistencial. Entretanto, a variação observada entre os hospitais sugere que a capacidade de indução estatal encontra limites nas condições institucionais, organizacionais e estruturais presentes nos serviços de saúde.
Território e organização da rede de atenção à saúde	Foram observadas diferenças entre os hospitais nos indicadores de internações, taxa de ocupação de leitos e fluxos assistenciais, evidenciando padrões distintos de utilização da rede hospitalar. Também se verificou concentração de demanda assistencial em determinadas unidades hospitalares.	Esses resultados refletem a organização territorial da rede de atenção à saúde e indicam que os efeitos do programa são influenciados pelas dinâmicas regionais de oferta e demanda por serviços hospitalares. Assim, os indicadores evidenciam a importância da regionalização da assistência e da articulação entre os serviços na organização da rede hospitalar do SUS.
Indicadores hospitalares e organização do cuidado no SUS	A análise dos indicadores assistenciais revelou resultados heterogêneos entre os hospitais analisados. Enquanto algumas unidades apresentaram evolução positiva em indicadores relacionados à gestão de leitos, outras não demonstraram melhorias consistentes no período analisado. Em determinados casos, como no Hospital Estadual de Vila Velha, alguns indicadores apresentaram desempenho menos satisfatório, especialmente em mortalidade hospitalar, taxa de rejeição de solicitações de internação e tempo de resposta da regulação (até 2h).	Esses achados indicam que os indicadores hospitalares refletem não apenas o desempenho institucional das unidades, mas também a forma como o cuidado hospitalar se organiza no SUS. A heterogeneidade observada evidencia desafios relacionados à garantia do acesso universal aos serviços hospitalares, à equidade na distribuição da oferta assistencial e à organização da regulação do acesso, elementos fundamentais para a efetivação dos princípios do SUS na rede hospitalar.

Fonte: Elaborado pela própria autora (2026).

Os achados revelam que o PGAQ atua como um motor de indução na rede estadual, forçando a passagem de uma administração hospitalar passiva para uma gestão baseada em monitoramento e regulação ativa da capacidade instalada. Mais do que um conjunto de metas, o programa materializa o braço executor do Estado: é a política de saúde saindo do papel da formulação para organizar, de fato, como o SUS se comporta dentro do ambiente hospitalar.

Entretanto, essa indução não ocorre de maneira isolada. A análise deixa claro que o desempenho de cada unidade é indissociável das particularidades

do território onde está inserida (Gondim et al, 2008). Ainda segundo a autora, não se pode avaliar um hospital isoladamente sem considerar o perfil da demanda local ou o papel estratégico que ele ocupa na rede de atenção. O território, portanto, não é apenas um espaço geográfico, mas uma variável determinante que estrutura a oferta de serviços e organiza o fluxo assistencial.

Olhar para os indicadores hospitalares, sob essa ótica, é observar o nível de aderência da prática cotidiana aos princípios do SUS. Quando analisamos o tempo de acesso ou a eficiência do uso de recursos, estamos medindo, na verdade, o quão próximos, ou distantes, estamos da universalidade e da equidade. Os números não apenas atestam o sucesso administrativo de uma unidade, mas denunciam os gargalos estruturais que ainda impedem a integralidade do cuidado.

A partir dessas evidências, a discussão a seguir busca aprofundar a interpretação dos achados, considerando três dimensões analíticas centrais para a compreensão da implementação do PGAQ: o papel do Estado na governança da política e na indução da gestão hospitalar; a influência do território na organização da rede de atenção à saúde; e a relação entre os indicadores hospitalares e a organização do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde.

6 DISCUSSÃO

6.1 ESTADO, GOVERNANÇA E INDUÇÃO DA GESTÃO HOSPITALAR NO ÂMBITO DO PGAQ

Os achados deste estudo comprovam que o governo capixaba exerce um papel ativo na gestão hospitalar por meio do Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade Assistencial (PGAQ), superando a mera normatização burocrática para materializar a coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Paim, 2009). No campo das políticas sociais, a intervenção estatal atua como mediadora entre as demandas sociais e as respostas institucionais voltadas à garantia de direitos (Iamamoto, 2008; Behring; Boschetti, 2011).

Ao instituir estratégias estruturantes como o Núcleo Interno de Regulação (NIR), a política pública traduz métricas assistenciais em inteligência gerencial. Esses indicadores comprovam a eficácia da intervenção estatal na reorganização sistêmica da saúde capixaba, transformando a regulação na engrenagem prática que alinha o direito universal à saúde com a capacidade instalada das unidades.

Assim, o PGAQ se configura como um instrumento de indução da gestão hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde, ao introduzir mecanismos institucionais voltados ao monitoramento da assistência, à regulação do acesso e à organização da utilização da capacidade instalada da rede hospitalar. Nesse contexto, para o autor Santos (2020), este conjunto de mecanismos são condicionantes para o aumento de eficiência e garantia do acesso. Desse modo, o Estado assume o papel central na formulação e implementação de estratégias de gestão que buscam qualificar a organização do acesso à assistência hospitalar e fortalecer a coordenação do sistema de saúde.

Os resultados apresentados indicam ainda que a implementação do Programa esteve associada à incorporação de instrumentos de monitoramento da gestão hospitalar nas unidades analisadas. Ao analisar, de forma integrada, os indicadores assistenciais, incluindo internações, saídas hospitalares, taxa de ocupação, giro de leitos, tempo médio de permanência, mortalidade hospitalar, taxa de rejeição e tempo de resposta às solicitações de internação, foi evidenciado a centralidade do monitoramento de resultados como estratégia de

organização da assistência hospitalar. Esses indicadores, ao serem utilizados como instrumentos de gestão, permitem avaliar a capacidade do sistema de saúde em organizar o acesso hospitalar, otimizar a utilização dos leitos e qualificar a assistência prestada à população.

No âmbito das políticas de saúde, a intervenção estatal exige mais do que a definição de diretrizes normativas, requer o desenvolvimento de instrumentos capazes de orientar a organização dos serviços e promover mudanças nas práticas institucionais. Nesse sentido, programas voltados à qualificação da gestão hospitalar podem ser compreendidos como parte das estratégias de planejamento e regulação das políticas sociais, nas quais o Estado busca organizar a oferta de serviços e responder às demandas sociais por acesso a direitos. Conforme destacam Iamamoto (2008) e Behring e Boschetti (2011), as políticas sociais constituem formas de intervenção do Estado na questão social, expressando processos de mediação entre demandas sociais e respostas institucionais voltadas à garantia de direitos.

Na esfera da política de saúde brasileira, essa dimensão assume arranjos específicos a partir da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que atribui ao Estado a responsabilidade pela coordenação e organização das ações e serviços de saúde. Para Paim (2009), o SUS representa um projeto de política pública orientado pela garantia do direito universal à saúde, exigindo a atuação ativa do Estado na regulação do sistema e na organização das redes de serviços. Nesse contexto, instrumentos voltados ao monitoramento da gestão hospitalar e à organização dos fluxos assistenciais tornam-se fundamentais para fortalecer a capacidade de planejamento e avaliação do sistema.

O PGAQ, ao ser implementado, integra-se a essa busca por uma melhor governança no sistema de saúde, uma vez que define parâmetros para o acompanhamento dos indicadores assistenciais e incentiva a incorporação de práticas de gestão focadas na regulação e na estruturação do processo de alta hospitalar. A incorporação desses instrumentos evidencia a tentativa de estabelecer mecanismos institucionais capazes de qualificar a gestão dos serviços e ampliar a capacidade de coordenação da rede hospitalar.

Entretanto, a análise também indica que a implementação dessas estratégias ocorre em contextos institucionais e territoriais distintos, nos quais fatores relacionados à organização dos serviços, à distribuição da demanda

assistencial e às condições estruturais das unidades hospitalares influenciam diretamente os resultados observados. A organização das redes de atenção à saúde pressupõe a articulação entre diferentes pontos de atenção e a coordenação de fluxos assistenciais capazes de garantir continuidade do cuidado e maior racionalidade na utilização dos recursos disponíveis (Mendes, 2011).

Nesse contexto, tem-se que os efeitos da implementação do PGAQ se manifestam de forma heterogênea entre os hospitais analisados. Em algumas unidades hospitalares, observou-se evolução positiva em indicadores relacionados à gestão da capacidade instalada, como tempo médio de permanência e giro de leitos, sugerindo maior eficiência na utilização da infraestrutura hospitalar. Em determinadas unidades, observou-se estabilidade ou mesmo piora em indicadores relacionados à gestão hospitalar e à qualidade da assistência, como mortalidade hospitalar e rejeição de solicitações de internação.

Esses resultados dialogam diretamente com os objetivos do programa, que busca qualificar a gestão hospitalar por meio da adoção de instrumentos de monitoramento e regulação assistencial, ao mesmo tempo que ressalta que a implementação das estratégias propostas pelo PGAQ ocorre em contextos institucionais distintos, nos quais fatores estruturais, organizacionais e territoriais podem influenciar diretamente os resultados alcançados. Deve-se considerar, também, fatores epidemiológicos externos à simples necessidade populacional, a exemplo do que foi observado durante o período da COVID-19.

Nesse sentido, indicadores relacionados à utilização da capacidade hospitalar, como taxa de ocupação de leitos, giro de leitos e tempo médio de permanência, refletem diretamente os objetivos do programa de qualificar a gestão dos fluxos assistenciais e otimizar o uso da infraestrutura hospitalar. Da mesma forma, indicadores como tempo de resposta às solicitações de internação e taxa de rejeição das demandas assistenciais têm relação direta com a proposta de fortalecimento da regulação hospitalar e da organização do acesso aos serviços. Já indicadores como mortalidade hospitalar contribuem para a avaliação da qualidade da assistência prestada, evidenciando a importância de associar estratégias de gestão hospitalar à garantia da segurança do paciente e à efetividade do cuidado.

Sob essa perspectiva, os resultados podem ser interpretados como evidência da capacidade do Estado de induzir mudanças organizacionais na gestão hospitalar, através da definição de diretrizes e mecanismos de avaliação de desempenho, considerando as especificidades de cada hospital.

No contexto do Sistema Único de Saúde, o papel do Estado na organização e regulação da rede de serviços constitui elemento central para a garantia do direito à saúde. Conforme argumenta Paim (2009), o SUS se estrutura como uma política pública que exige a atuação ativa do Estado na coordenação das ações e serviços de saúde, de modo a assegurar a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a equidade na oferta de serviços. Nesse sentido, programas voltados à qualificação da gestão hospitalar podem ser compreendidos como instrumentos de fortalecimento da capacidade estatal de organizar e regular a assistência à saúde.

Na área da saúde, o Estado é o principal sujeito da regulação, compreendendo três níveis de atuação: a regulação sobre sistemas de saúde, a regulação da atenção à saúde e a regulação do acesso à assistência (ou regulação assistencial) (Shilling; Reis; Moraes, 2006). Neste sentido, pode-se ressaltar que o PGAQ, por meio do NIR, projeto voltado à regulação da atenção à saúde, vem fortalecendo o diálogo entre a regulação hospitalar e a organização do acesso aos serviços, ao implementar ações de regulação do acesso à assistência e ao introduzir mecanismos institucionais voltados às práticas de regulação.

Nesse sentido, os achados sugerem que, embora o programa represente um importante instrumento de indução estatal voltado à qualificação da gestão hospitalar, sua efetividade depende das condições institucionais presentes nos serviços responsáveis pela implementação das estratégias propostas. Conforme argumenta Mendes (2011), a organização das redes de atenção à saúde exige não apenas a definição de diretrizes normativas, mas também a existência de capacidades institucionais que permitam a implementação efetiva das políticas no nível dos serviços.

Dessa maneira, os resultados do estudo demonstram que o PGAQ contribui para a consolidação de um modelo de gestão hospitalar pautado no monitoramento de indicadores. Concomitantemente, tais resultados evidenciam os obstáculos que se impõem à efetivação dessas práticas em virtude das

distintas realidades institucionais e organizacionais que compõem o cenário da rede hospitalar.

Em síntese, percebe-se um processo de implementação que pode estar marcado por assimetrias institucionais, diferenças de capacidade gestora e forte influência dos contextos territoriais e organizacionais nos quais os hospitais estão inseridos. Tal achado dialoga com a literatura de políticas públicas que compreende a implementação como um processo não linear, permeado por negociações, adaptações e disputas institucionais (Pressman; Wildavsky, 1973; Mazmanian; Sabatier, 1983).

Ressalta-se que a implementação do PGAQ ocorre em territórios marcados por desigualdades estruturais e por diferentes graus de inserção nas redes regionais de atenção à saúde. Segundo argumenta Santos (2006), o território não é apenas um espaço físico, mas um conjunto de relações sociais, técnicas e políticas que condicionam a ação pública. Nesse sentido, hospitais localizados em regiões com maior densidade de serviços, maior articulação intermunicipal e maior presença institucional tende a responder de forma mais consistente às estratégias indutoras do Estado. Isso reforça a necessidade de avaliações que considerem o território como categoria analítica central, e não como mero pano de fundo da política pública.

Torna-se fundamental, ainda, destacar que a heterogeneidade observada entre os hospitais não deve ser interpretada a partir de uma lógica classificatória simplista entre “melhores” e “piores” desempenhos. De acordo com Arretche (2004) e Lotta (2019), políticas públicas implementadas em contextos federativos e descentralizados produzem resultados diferenciados justamente porque interagem com capacidades locais distintas. A avaliação, portanto, deve reconhecer os avanços relativos de cada hospital dentro de sua realidade específica, ao mesmo tempo em que identifica limites estruturais que demandam maior intervenção estatal.

Percebe-se que do ponto de vista da governança pública, o PGAQ se configura como um instrumento de indução estatal que combina elementos de regulação, monitoramento e avaliação, aproximando-se de modelos contemporâneos de gestão orientados por resultados. No entanto, em consonância com o discutido por Pierre e Peters (2000) e Hill e Hupe (2002), a efetividade de políticas baseadas em instrumentos gerenciais depende

diretamente da capacidade institucional dos entes executores e da existência de arranjos de coordenação capazes de alinhar objetivos estratégicos, recursos e práticas organizacionais. Os resultados deste estudo indicam que essa capacidade não se encontra igualmente distribuída entre os hospitais analisados.

Hospitais que apresentaram maior aderência aos eixos avaliativos, particularmente HEDS e HEAC, são aqueles que podem estar com maior estabilidade institucional, maior presença do Estado na coordenação técnica e maior capacidade de traduzir diretrizes normativas em rotinas organizacionais. Esse achado reforça a literatura sobre capacidade estatal, segundo a qual políticas públicas só produzem efeitos sustentáveis quando o Estado atua não apenas como formulador de normas, mas como agente ativo de coordenação, suporte técnico e acompanhamento contínuo (Skocpol, 1985; Evans, 1995; Pires; Gomide, 2016).

Ainda, o PGAQ incorpora princípios da Nova Gestão Pública, especialmente no incentivo ao uso de indicadores, metas, planejamento estratégico e mecanismos de avaliação de desempenho. Contudo, como apontam Bresser-Pereira (2001) e Abrucio (2007), a adoção desses instrumentos em contextos públicos complexos exige adaptações significativas, sob pena de produzir efeitos meramente formais.

O programa atua como um instrumento gerencial, buscando otimizar gargalos estruturais, em cada unidade, e garantir que a rotatividade dos leitos se reverta em capacidade de absorção de atendimento a demanda populacional. Além disso, estabelece o princípio da gestão por indicadores de desempenho, tornando o monitoramento de métricas assistenciais (como giro de leitos, tempo médio de permanência e taxa de rejeição da regulação) a estratégia de avaliação do desempenho institucional (Menicucci, 2007).

Dessa forma, compreender o papel do Estado na indução da gestão hospitalar requer considerar não apenas os instrumentos normativos que orientam a política, mas também as dinâmicas territoriais e assistenciais que influenciam sua implementação no contexto do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o território emerge como elemento fundamental para compreender a organização da rede hospitalar e a distribuição das demandas assistenciais, aspecto que será explorado na dimensão analítica seguinte.

6.2 TERRITÓRIO E ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Um aspecto relevante apontado na análise documental refere-se à forma como a dimensão territorial aparece, limitando a análise da perspectiva nos documentos institucionais do PGAQ. Embora os relatórios e instrumentos normativos do programa enfatizem a organização da gestão hospitalar, o monitoramento de indicadores assistenciais e o fortalecimento da regulação do acesso, observa-se que a análise dos resultados do programa é apresentada predominantemente de forma agregada, sem considerar de maneira sistemática as especificidades que caracterizam cada hospital e sua inserção na rede de atenção à saúde. Isso impede a avaliação sistemática das particularidades de cada unidade hospitalar e sua real integração na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Dessa maneira, este estudo também evidencia a importância do território como dimensão fundamental para compreender a organização da assistência hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde. A heterogeneidade observada entre os hospitais analisados demonstra que os indicadores assistenciais não podem ser interpretados apenas como expressão do desempenho institucional das unidades, mas devem ser compreendidos em relação às dinâmicas territoriais que estruturam a rede de atenção à saúde e influenciam a distribuição da demanda por serviços hospitalares.

O território é compreendido não apenas como um espaço geográfico, mas como uma categoria analítica que expressa as relações sociais, econômicas e institucionais que condicionam a produção e a distribuição das condições de saúde da população. Nesse sentido, o território constitui espaço de organização das políticas públicas e de materialização das práticas de cuidado em saúde (Santos, 2006). Assim, a análise da assistência hospitalar requer considerar a forma como os serviços de saúde se distribuem no território e como se articulam na organização da rede de atenção.

No âmbito do SUS, a regionalização da assistência representa uma estratégia fundamental para organizar a oferta de serviços e garantir maior racionalidade na utilização dos recursos disponíveis. A organização das redes de atenção à saúde pressupõe a articulação entre diferentes pontos de atenção

e a definição de fluxos assistenciais capazes de orientar o percurso dos usuários no sistema de saúde (Mendes, 2011). Nesse contexto, os hospitais assumem papel estratégico na rede, funcionando como pontos de referência para a atenção de média e alta complexidade e concentrando parte significativa das demandas assistenciais provenientes do território.

A análise dos indicadores hospitalares realizada neste estudo revela que as diferenças observadas entre os hospitais pesquisados estão relacionadas, em grande medida, às características territoriais da rede assistencial e ao perfil da população atendida por cada unidade hospitalar. Indicadores como internações, ocupação de leitos e rejeição de solicitações de internação refletem não apenas aspectos da gestão hospitalar, mas também a forma como a demanda assistencial se distribui no território e como os serviços se organizam para responder às necessidades de saúde da população.

Ademais, a interpretação desses indicadores também pode ser compreendida à luz do conceito de território vivido, amplamente discutido na literatura da saúde coletiva. Segundo Minayo (2014), o território vivido refere-se ao conjunto de experiências sociais, condições de vida e dinâmicas culturais que estruturam o cotidiano das populações e influenciam diretamente os processos de saúde e doença. Dessa forma, diferenças observadas em indicadores como mortalidade hospitalar ou rejeição de internações podem refletir não apenas aspectos da gestão hospitalar, mas também o perfil epidemiológico da população atendida e as condições sociais presentes nos territórios de referência dessas unidades.

Isso fica claro ao observar os hospitais de referência macrorregional inseridos em áreas de alta vulnerabilidade social e demográfica, como o Hospital Estadual Dr. Dório Silva (HDS) e o Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC). O aumento expressivo nas internações (acréscimos de 21% no HDS e 75,8% no HEAC) e as elevações nas taxas de mortalidade (+68,4%, no HDS, e +48,9% no HEAC) nessas unidades não refletem imperícia gerencial do PGAQ. Pelo contrário, evidenciam a absorção de pacientes com quadros clínicos gravemente deteriorados pelas desigualdades estruturais, configurando-se como expressões diretas da "questão social" (Iamamoto, 2007). As profundas desigualdades socioespaciais da sociedade brasileira condicionam a distribuição do acesso e os padrões de utilização dos serviços de saúde (Giovanella *et al.*, 2012).

Em contrapartida, unidades que atuam como polos de descentralização no interior do estado ilustram como a regionalização promove a equidade e otimiza a organização do cuidado. O caso do Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silvares (HRAS), em São Mateus, demonstra uma articulação bem-sucedida no território, evidenciada pela ampliação de internações (+21,5%) e saídas (+20,4%) aliada a uma queda vertiginosa nas rejeições de solicitações de vagas (-94,32%).

Essa heterogeneidade dos resultados entre os hospitais capixabas ressalta que a avaliação de desempenho não pode operar sob uma lógica comparativa e punitiva. O território, compreendido não apenas como espaço físico, mas como arena de relações sociais, políticas e de produção de adoecimento (Santos, 2006; Monken; Barcellos, 2005), condiciona fortemente a resolutividade das unidades. Essa dinâmica, destaca-se novamente, é aprofundada pelo conceito de território vivido (Minayo, 2014), uma vez que as experiências sociais e as condições de vida estruturam o cotidiano das populações e influenciam diretamente o perfil de morbimortalidade que chega às portas dos hospitais.

Outra questão que se descortina é a garantia do acesso aos serviços de saúde, pois constitui uma dimensão central para a efetivação do direito à saúde e para a mitigação das desigualdades territoriais. Segundo Giovanella *et al.* (2012), o acesso não se limita à mera disponibilidade de leitos, mas envolve a capacidade do sistema de saúde de responder de forma oportuna e resolutiva às reais necessidades da população. Nesse contexto, os indicadores monitorados pelo PGAQ, notadamente a taxa de rejeição e o tempo de resposta da regulação hospitalar, operam como termômetros das desigualdades, evidenciando os gargalos na capacidade da rede de absorver a demanda assistencial proveniente de diferentes territórios. Dado que o NIR é o mecanismo central para regular essa porta de entrada, avaliar a relação de cada hospital com sua região é fundamental para entender como as inovações na gestão hospitalar impactam a fluidez e a equidade do acesso nas dinâmicas territoriais da assistência.

As expressões da "questão social", como a vulnerabilidade, a desigualdade de renda e a precariedade das condições de vida, impactam diretamente o perfil de adoecimento da população e sobrecarregam os serviços

de saúde (Iamamoto, 2008). Essa realidade reflete-se na intensa pressão assistencial sobre hospitais que atuam como polos macrorregionais. O Hospital Estadual Dr. Dório Silva (HDS) e o Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), por exemplo, absorvem um volume expressivo de pacientes com quadros clínicos severos, frequentemente oriundos de municípios com vazios na Atenção Primária.

Consequentemente, o aumento na taxa de mortalidade, registrado no HDS (+68,4%) e no HEAC (+48,9%), após a implementação do programa, não indica, de forma isolada, falhas na qualidade do cuidado. Na verdade, atua como um marcador da alta complexidade clínica e da severidade com que esses usuários chegam aos serviços de referência, evidenciando as profundas desigualdades estruturais de seus territórios de origem. Segundo Cecílio (2001), a organização da rede deve considerar, imperativamente, a complexidade dessas necessidades.

Da mesma forma, a análise das desigualdades de acesso exige compreender a vocação de cada unidade na absorção de vulnerabilidades específicas. O Hospital Estadual de Vila Velha (HESVV) ilustra, de maneira contundente, como o perfil assistencial afeta os resultados operacionais: ao consolidar-se como referência estadual em cuidados clínicos prolongados e paliativos, a unidade acolhe populações com cronicidades graves e em fim de vida. A expressiva elevação da mortalidade (+257,1%) e o aumento de 33,3% no tempo médio de permanência, documentados no HESVV, refletem, essencialmente, o cumprimento do seu papel estratégico na rede. O hospital absorve a terminalidade para garantir dignidade ao paciente, o que naturalmente prolonga a ocupação do leito, demonstrando que a avaliação do desempenho hospitalar deve transcender a lógica puramente produtivista para incorporar o impacto social do cuidado.

Padrão semelhante de estabilidade, justificada pelo perfil de alta complexidade, é observado no Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), que, atuando como referência quaternária em oncologia pediátrica, obteve uma redução formidável em sua taxa de rejeição (-71,3%) e mortalidade (-98,1%), consolidando o acesso equitativo para uma demanda altamente vulnerável.

Em contrapartida, unidades inseridas no interior do estado demonstram o potencial indutor do PGAQ em promover equidade regional por meio da descentralização. O Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS), localizado na Região Norte, conseguiu elevar suas internações em 21,5% e suas saídas em 20,4%, aliadas a uma drástica redução de 94,3% nas rejeições de vagas. Esse avanço sinaliza uma retenção eficiente da demanda local, otimizando o acesso, evitando deslocamentos desnecessários de pacientes para a região metropolitana e promovendo justiça espacial, em consonância com a perspectiva de território de Santos (2006). O cenário de otimização de fluxos também foi documentado no Hospital Maternidade Silvio Avidos (HMSA), com aumento de 62,5% no giro de leitos.

Contudo, a piora no tempo de resposta da regulação em até duas horas observada no HMSA (-24,5%) e no próprio HDS (-18,6%) explicita um limite sistêmico crítico. Esses dados evidenciam que, mesmo com fluxos internos otimizados pelas rotinas do Núcleo Interno de Regulação (NIR), o esgotamento da capacidade física instalada, frente à intensa e contínua demanda territorial, continua sendo uma barreira formidável para a efetivação plena da universalidade e da equidade no acesso aos leitos do SUS.

Essa perspectiva dialoga diretamente com o princípio da regionalização do Sistema Único de Saúde, que busca organizar os serviços de saúde de forma articulada no território, garantindo maior racionalidade na utilização dos recursos e ampliando o acesso da população aos diferentes níveis de atenção. Conforme argumenta Paim (2009), a regionalização constitui um dos pilares da organização do SUS, ao permitir a integração entre os serviços e a distribuição mais equitativa da oferta assistencial no território.

De forma complementar, a organização das redes de atenção à saúde exige a articulação entre diferentes pontos de atenção e a definição de fluxos assistenciais capazes de garantir a continuidade do cuidado e maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis, como garantia de acesso em tempo oportuno. De acordo com Mendes (2011), a construção de redes integradas de atenção à saúde requer coordenação dos serviços no território e a definição de mecanismos de regulação capazes de organizar os fluxos de pacientes entre os diferentes níveis de atenção. Diante disso, os resultados desta pesquisa indicam que as diferenças observadas entre os hospitais analisados são reflexos, em

parte, das desigualdades territoriais na organização da rede hospitalar e na distribuição da demanda assistencial. As unidades hospitalares localizadas em regiões com alta concentração populacional ou com maior complexidade assistencial tendem a concentrar um maior volume de internações e a registrar níveis mais elevados de ocupação hospitalar, enquanto outras unidades assumem papel mais complementar na organização da rede.

Embora o programa estabeleça diretrizes voltadas à qualificação da gestão hospitalar, à organização dos fluxos assistenciais e ao monitoramento sistemático de indicadores, a implementação dessas estratégias ocorre em contextos institucionais e territoriais distintos, o que influencia diretamente os efeitos produzidos nas unidades hospitalares.

Sob a perspectiva das políticas públicas, esses resultados ressaltam os desafios relacionados à implementação de programas de gestão em sistemas de saúde complexos. A literatura sobre implementação de políticas públicas aponta que a tradução de diretrizes normativas em práticas institucionais concretas depende de múltiplos fatores, incluindo capacidade institucional, disponibilidade de recursos e características organizacionais dos serviços responsáveis pela execução das políticas. Nesse sentido, conforme argumenta Paim (2009), a consolidação das políticas públicas de saúde, no âmbito do SUS, exige não apenas a formulação de diretrizes e programas institucionais, mas também a construção de capacidades institucionais competentes para sustentar sua implementação nos diferentes níveis do sistema de saúde.

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) exige processos contínuos de articulação entre os serviços e de regulamentação dos fluxos assistenciais. De acordo com Mendes (2011), a gestão dessas redes implica coordenar diferentes pontos de atenção e estabelecer mecanismos que integrem serviços, os quais frequentemente possuem capacidades institucionais e estruturais distintas. Nesse panorama, programas como o PGAQ, focados na qualificação da gestão hospitalar, atuam como importantes instrumentos de indução de mudanças organizacionais. Contudo, a efetividade de tais programas está condicionada à capacidade de adaptação dos serviços às diretrizes propostas.

Dessa forma, a ausência dessa dimensão territorial nos relatórios vai de encontro aos pressupostos de Santos (2006) e Monken e Barcellos (2005), para

os quais o território é uma categoria analítica fundamental, marcada por desigualdades e dinâmicas próprias de adoecimento. Embora, o sucesso nos indicadores do Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS), na Região Norte, com estabilidade da mortalidade clínica e aumento superior a 20% nas internações e saídas, possa sugerir que o PGAQ promove a descentralização e a equidade, os relatórios macro estratégicos não diferenciam os resultados obtidos na Região Norte daqueles da Grande Vitória. Essa falta de distinção impede a consideração de que a implementação do PGAQ tenha sido, de fato, fundamentada em evidências locais.

Outrossim, a análise do território é fundamental para entender a implementação do PGAQ em diferentes contextos institucionais e assistenciais. A organização da rede, o perfil da demanda e as características sociais da população atuam como fatores territoriais que influenciam diretamente os indicadores hospitalares. Dessa forma, a interpretação dos resultados do programa deve ir além dos instrumentos de gestão hospitalar, incorporando as dinâmicas territoriais que moldam o funcionamento do sistema de saúde.

A análise realizada demonstra que os indicadores hospitalares não refletem apenas o desempenho institucional das unidades, mas também as condições concretas da organização da assistência e da demanda por serviços no território. Essa perspectiva reforça a necessidade de compreendê-los como elementos intrínsecos à dinâmica de organização do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta forma, a discussão que se segue visa aprofundar como esses indicadores dialogam com a organização do cuidado e com os princípios basilares do SUS, notadamente a universalidade, a equidade e a regulação do acesso aos serviços de saúde.

6.3 INDICADORES HOSPITALARES E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NO SUS

A análise dos indicadores hospitalares realizada neste estudo permite compreender aspectos importantes relacionados à organização do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde. Mais do que refletirem exclusivamente o desempenho institucional das unidades hospitalares, os indicadores analisados

evidenciam elementos associados à forma como a assistência hospitalar se organiza na rede de atenção à saúde e como o sistema responde às demandas assistenciais da população.

Nesse sentido, indicadores como mortalidade hospitalar, taxa de rejeição de solicitações de internação e tempo de resposta da regulação hospitalar se estabelecem como instrumentos para compreender a dinâmica da rede assistencial e os desafios relacionados à garantia do acesso aos serviços hospitalares. Tais indicadores revelam dimensões fundamentais da organização do cuidado no SUS, especialmente no que se refere à regulação do acesso, à utilização da capacidade instalada e à qualidade da assistência prestada.

A interpretação dos indicadores de desempenho em saúde deve, conforme aponta Donabedian (1988), considerar a análise da estrutura, do processo e do contexto em que os serviços estão inseridos, uma vez que resultados isolados são insuficientes para expressar a qualidade do cuidado. No contexto do SUS, essa análise se torna ainda mais complexa, pois, como destacam Cecílio (2001) e Mendes (2011), os serviços de saúde ocupam posições diferenciadas na rede de atenção, desempenhando funções específicas que influenciam diretamente o perfil da demanda e os resultados assistenciais.

O Hospital Maternidade Silvio Avidos (HMSA), por exemplo, registrou um aumento de 62,5%, no giro de leitos, e uma redução de 15%, no tempo médio de permanência, demonstrando maior resolutividade operacional frente à demanda da região Central-Norte. O Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSIG), atuando como polo pediátrico e oncológico de alta especialidade, manteve seus índices de internação estáveis devido aos longos ciclos terapêuticos necessários à sua população, mas registrou ganhos assistenciais expressivos, com reduções substanciais na taxa de mortalidade (-98,15%) e rejeição de vagas (-71,30%).

O Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS), situado em São Mateus, ilustra como a organização regionalizada promove ganhos diretos de acesso e equidade. A unidade conseguiu elevar suas internações em 21,5% e saídas em 20,4%, além de reduzir drasticamente as rejeições de solicitações em 94,3%. Esse cenário de agilidade operacional, frente à demanda, também foi observado no Hospital Maternidade Silvio Avidos (HMSA), em Colatina, que

otimizou seu giro de leitos em 62,5% e reduziu seu tempo de permanência em 15%.

De forma análoga, o Hospital Estadual de Vila Velha (HESVV), voltado a cuidados clínicos prolongados e paliativos, registrou natural aumento no tempo de permanência (+33,3%) e na mortalidade (+257,1%). O hospital consolidou-se como referência estadual em cuidados clínicos prolongados e cuidados paliativos. Ao acolher populações com cronicidades graves, sequelas incapacitantes e em fim de vida, o hospital cumpre seu papel de garantir a dignidade no processo de terminalidade. Naturalmente, esse perfil de cuidado prolonga a ocupação do leito e eleva as taxas de óbito, comprovando que a avaliação de desempenho deve transcender o produtivismo para incorporar o impacto social e humano da assistência prestada.

Os desfechos negativos de mortalidade também devem ser contextualizados pelo grau de severidade das urgências absorvidas nos polos macrorregionais. O Hospital Estadual Dr. Dório Silva (HDS) e o Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC) registraram aumentos substanciais em suas taxas de mortalidade (+68,4% e +48,9%, respectivamente). O HDS atua como a principal referência da Grande Vitória em emergências clínicas graves, urgências dialíticas e hemorragias digestivas, enquanto o HEAC concentra emergências psiquiátricas e clínicas de pacientes frequentemente marcados por profunda vulnerabilidade.

Nesse sentido, hospitais de referência para urgência e emergência tendem a apresentar maior rotatividade de leitos e redução do tempo de permanência, enquanto unidades voltadas para cuidados prolongados, crônicos ou paliativos, naturalmente, registram tempos de permanência e maiores taxas de mortalidade mais elevados, o que não implica, necessariamente, baixa qualidade assistencial. Essa diferenciação funcional dos serviços é fundamental para a garantia da integralidade do cuidado no SUS, conforme defendem Paim et al. (2011), ao destacarem que a organização do sistema deve ser capaz de responder às diferentes necessidades de saúde da população.

Além disso, a literatura evidencia que a utilização de metas padronizadas, sem considerar as especificidades institucionais e territoriais, pode levar a interpretações equivocadas sobre o desempenho dos serviços. Para Viana e Lima (2011), a gestão em saúde no SUS deve ser orientada por análises que

incorporem as desigualdades regionais e as condições de oferta de serviços, sob o risco de reforçar assimetrias já existentes. Da mesma forma, Giovanella et al. (2012) enfatiza que o acesso e a utilização dos serviços de saúde são fortemente influenciados por determinantes sociais e territoriais, o que impacta diretamente os indicadores assistenciais.

Sob a perspectiva do Serviço Social, tais diferenças podem ser compreendidas como expressões da questão social, que se materializam nas desigualdades de acesso, nas condições de vida da população e na organização dos serviços públicos. Iamamoto (2007) argumenta que às demandas que chegam às políticas sociais, especialmente à saúde, são moldadas por desigualdades estruturais que condicionam tanto o perfil epidemiológico quanto o padrão de utilização dos serviços. Dessa forma, os indicadores como mortalidade, rejeição de internações ou tempo de resposta da regulação não expressam apenas o desempenho técnico dos serviços, mas também refletem as condições sociais, territoriais e institucionais que configuram o acesso à saúde.

Dessa forma, os achados deste estudo reforçam que a interpretação dos indicadores no âmbito do PGAQ deve ultrapassar uma lógica estritamente normativa ou comparativa, sendo compreendida como um instrumento de análise contextualizada da realidade dos serviços. Como argumenta Hartz (1997), a avaliação em saúde deve considerar o contexto de implementação das políticas, incorporando variáveis institucionais e sociais, de modo a produzir análises mais consistentes e orientadas à melhoria da qualidade da atenção. Mais do que atestar o nível de performance, os resultados desses indicadores ressaltam a necessidade crítica de qualificar a gestão e a avaliação no SUS. Tal qualificação exige que se considerem as especificidades dos serviços de saúde, dos territórios onde estão inseridos e dos grupos populacionais assistidos.

De acordo com Paim (2009), o SUS representa uma política pública orientada pela garantia do direito à saúde, exigindo a atuação ativa do Estado na coordenação e regulação da rede de serviços, de modo a assegurar acesso equitativo às ações e serviços de saúde.

Sob a perspectiva da universalidade e da equidade, indicadores como rejeição de solicitações de internação e tempo de resposta da regulação hospitalar assumem papel relevante. A ocorrência de rejeições ou atrasos na

resposta às solicitações de internação pode indicar desafios na organização do acesso hospitalar e na capacidade da rede de absorver as necessidades de assistência provenientes do território. Ao mesmo tempo, a análise desses indicadores permite identificar possíveis gargalos na regulação assistencial e na distribuição da oferta de serviços hospitalares.

A presença de variações entre os hospitais também permite refletir sobre os desafios relacionados à garantia da equidade no acesso a esses serviços. A organização do cuidado hospitalar e a capacidade do sistema de saúde de responder às demandas populacionais são diretamente influenciadas pela distribuição da oferta de serviços, pela concentração de determinadas demandas assistenciais em unidades específicas e pelas disparidades estruturais existentes entre os hospitais.

Diante dessa complexidade, consolida-se a urgência de uma gestão hospitalar fundamentada em evidências estritamente locais. Como argumentam Arretche (2003) e Lotta (2019), a tradução de diretrizes macro estratégicas em práticas efetivas, nos serviços descentralizados, produz resultados inerentemente heterogêneos, pois interagem com capacidades institucionais distintas.

A regulação do acesso, por sua vez, vem como destaque para a organização da assistência hospitalar no SUS. A existência de mecanismos de regulação assistencial busca garantir maior racionalidade na utilização dos recursos disponíveis, orientando o encaminhamento dos usuários aos serviços mais adequados às suas necessidades de saúde. Nesse contexto, indicadores como tempo de resposta da regulação hospitalar e taxa de rejeição de solicitações de internação tornam-se particularmente relevantes para avaliar a capacidade do sistema de organizar os fluxos assistenciais e garantir acesso oportuno aos serviços hospitalares.

De acordo com Mendes (2011), os arranjos da organização das redes de atenção à saúde pressupõem a integração entre diferentes pontos de atenção e a coordenação de fluxos assistenciais capazes de orientar a jornada dos usuários no sistema de saúde. Nesse modelo, os hospitais desempenham papel estratégico na rede assistencial, funcionando como pontos de referência para o atendimento de média e alta complexidade e concentrando parcela significativa das demandas assistenciais provenientes do território.

A regulação do acesso aos serviços hospitalares consolidou-se como um eixo estratégico para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa mudança foi marcada pela implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que instituiu o Núcleo Interno de Regulação (NIR) como elemento fundamental. O NIR atua organizando os fluxos de internação, transferência e alta hospitalar, o que integra protocolos clínicos, confere maior eficiência à gestão dos leitos e amplia a articulação entre os hospitais e os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2017).

Os indicadores hospitalares do PGAQ são essenciais para mapear tanto a gestão das unidades quanto a arquitetura da rede de atenção à saúde no SUS. As variações e diferenças entre os hospitais, sobretudo na utilização da capacidade instalada, revelam aspectos fundamentais sobre a organização da assistência hospitalar e sobre os desafios associados à qualidade do cuidado e à garantia do acesso na saúde pública.

A literatura destaca que a organização do SUS pressupõe a articulação entre diferentes níveis de atenção e a construção de redes de serviços capazes de garantir a continuidade do cuidado e maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis. Em consonância com Paim (2009), o SUS se estrutura como um sistema público de saúde que busca assegurar o direito universal à saúde por meio da integração entre ações de promoção, prevenção e assistência.

Ressalta-se, ainda, que as diferenças observadas em indicadores, como, mortalidade hospitalar, rejeição de internações ou tempo de resposta da regulação também podem estar relacionadas ao perfil da demanda atendida pelos hospitais analisados. No contexto do estado do Espírito Santo, essas diferenças devem ser compreendidas à luz das desigualdades territoriais e sociais que caracterizam a distribuição da população, da oferta de serviços de saúde e das condições de vida nos diferentes municípios e regiões do estado. Hospitais inseridos em territórios com maior concentração populacional, maiores níveis de vulnerabilidade social ou que desempenham função de referência regional tendem a concentrar demandas assistenciais mais complexas e volumosas, o que pode impactar diretamente indicadores relacionados à mortalidade hospitalar, à ocupação de leitos ou à rejeição de solicitações de internação.

Além disso, no Espírito Santo, a organização da rede de serviços ocorre a partir de processos de regionalização da assistência, nos quais determinadas unidades hospitalares assumem papel estratégico, como, referência para municípios ou regiões de saúde, concentrando atendimentos de média e alta complexidade.

Essa configuração da rede assistencial pode contribuir para explicar parte das diferenças observadas entre os hospitais, nos indicadores analisados, uma vez que unidades de referência regional frequentemente atendem casos mais graves ou provenientes de diferentes municípios, ampliando a complexidade do perfil assistencial.

Nesse sentido, a interpretação dos indicadores hospitalares no contexto do PGAQ deve considerar não apenas aspectos relacionados à gestão hospitalar, mas também as condições sociais e territoriais que influenciam a organização da assistência no Sistema Único de Saúde. Como destacam Giovanella et al. (2012), as desigualdades sociais e territoriais presentes na sociedade brasileira se refletem na organização dos sistemas de saúde e na distribuição do acesso aos serviços, influenciando diretamente os padrões de utilização e a demanda por cuidados em saúde.

A compreensão dessas desigualdades deve ser fundamentada na discussão das expressões da questão social, conceito amplamente abordado pelo Serviço Social. Tais expressões, notadamente, a vulnerabilidade social, a disparidade de renda, a precariedade das condições de vida e o acesso limitado aos serviços públicos manifestam-se concretamente nos territórios, determinando as condições de saúde da população. Assim, as demandas por assistência que chegam aos serviços de saúde são um espelho dessas desigualdades estruturais presentes na organização social (Iamamoto, 2007).

Face a isso, Cecílio (2001) ressalta que a organização dos serviços de saúde precisa reconhecer a complexidade das necessidades dos usuários e estruturar redes assistenciais que garantam a continuidade e a integração entre os diferentes níveis de atenção. Nesse panorama, os hospitais detêm uma posição estratégica, concentrando uma parcela significativa das demandas por atenção especializada e cuidados de alta complexidade.

No Espírito Santo, as manifestações da questão social diferem entre os territórios atendidos pelos hospitais analisados, o que impacta diretamente o

perfil assistencial e os indicadores hospitalares do estudo. Hospitais situados em municípios com alta densidade demográfica ou que atuam como referência regional concentram um volume maior de atendimentos e casos de complexidade clínica elevada. Essa concentração pode influenciar negativamente indicadores como taxa de mortalidade hospitalar, tempo de permanência e ocupação de leitos. Em contraste, unidades em áreas com menor pressão assistencial ou com redes locais de saúde mais robustas tendem a apresentar padrões distintos na utilização dos serviços e na organização da assistência hospitalar.

Fica evidente, portanto, que as variações nos indicadores hospitalares capixabas não refletem apenas o desempenho administrativo interno de cada instituição. Elas estão intrinsecamente conectadas ao perfil epidemiológico de sua demanda, à saturação do seu território e ao papel estratégico que cada hospital assume para mitigar as expressões da questão social na rede pública. Considerar essas especificidades torna-se fundamental para uma análise mais contextualizada dos indicadores assistenciais e para o aprimoramento das estratégias de gestão hospitalar e de planejamento da rede de serviços no âmbito do SUS.

Dessa forma, os resultados deste estudo evidenciam que o PGAQ, ao mesmo tempo em que fortalece a atuação do Estado como indutor da gestão hospitalar, também explicita os limites de modelos de gestão baseados, exclusivamente, em desempenho mensurado por indicadores padronizados. Embora tais instrumentos sejam fundamentais para o monitoramento da assistência, sua utilização descontextualizada pode reproduzir a lógica do gerencialismo clássico, centrada na eficiência e na comparação entre unidades, sem considerar as especificidades institucionais, territoriais e assistenciais que caracterizam o Sistema Único de Saúde (Hood, 1991; Pollitt; Bouckaert, 2011).

Nesse sentido, a literatura contemporânea da Administração Pública aponta para a necessidade de superação dessa abordagem, em direção a modelos de governança mais integrados e sensíveis ao contexto, conforme proposto pelas perspectivas pós-gerencialistas (Denhardt; Denhardt, 2000; Osborne, 2006).

Sob essa perspectiva, o Modelo de Excelência da Gestão (MEG) oferece uma contribuição relevante ao propor uma abordagem sistêmica da gestão

organizacional, orientada não apenas por resultados, mas também pela compreensão do contexto, das estratégias e da geração de valor público (FNQ, 2016). Diferentemente de abordagens centradas exclusivamente em produtividade, o MEG enfatiza que o desempenho deve ser analisado à luz da missão institucional e das necessidades das partes interessadas, o que, no contexto do SUS, implica considerar os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade como elementos estruturantes da avaliação (Paim *et al.*, 2011; Giovanella *et al.*, 2012).

Nesse sentido, os achados deste estudo reforçam que os indicadores hospitalares não podem ser interpretados de forma isolada ou comparativa entre hospitais com funções distintas na rede de atenção à saúde. Resultados, como, o aumento do tempo de permanência ou da mortalidade em unidades voltadas a cuidados prolongados, ou a estabilidade de internações, em hospitais de alta complexidade, devem ser compreendidos à luz de sua função estratégica na rede e do perfil da demanda atendida. Como argumentam Pierre e Peters (2000) e Kooiman (2003), a governança pública eficaz exige a adaptação dos instrumentos de gestão às realidades institucionais e sociais, evitando a aplicação homogênea de critérios que podem distorcer a análise do desempenho.

Além disso, a literatura crítica ao gerencialismo alerta que a centralidade excessiva nos indicadores pode reduzir a complexidade das políticas públicas a métricas simplificadas, obscurecendo dimensões fundamentais relacionadas às desigualdades sociais e às condições de acesso aos serviços (Bovens; Goodin; Schillemans, 2014). No contexto do SUS, essa limitação se torna ainda mais relevante, uma vez que os indicadores assistenciais refletem não apenas o desempenho organizacional, mas também as condições sociais, territoriais e epidemiológicas das populações atendidas. Assim, a interpretação dos resultados do PGAQ requer uma abordagem ampliada, na qual os indicadores sejam compreendidos como dispositivos analíticos capazes de revelar as dinâmicas da rede de atenção à saúde e às desigualdades que a atravessam.

Dessa forma, o avanço do PGAQ, enquanto política pública, depende da incorporação de modelos de governança que articulem eficiência, equidade e capacidade de resposta às necessidades territoriais. Nessa direção, o MEG contribui ao enfatizar a importância da visão sistêmica da liderança e da

adaptação organizacional, reforçando que a excelência na gestão pública não se limita ao alcance de metas, mas envolve a capacidade de gerar valor público em contextos complexos e desiguais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo permitem afirmar que o Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade (PGAQ) se consolida como uma estratégia relevante e inovadora no fortalecimento da gestão hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da incorporação de práticas baseadas em evidências, monitoramento contínuo de indicadores e indução de melhorias nos processos assistenciais. Embora os relatórios institucionais analisados apresentem limitações ao explicitar as particularidades territoriais e institucionais de cada unidade hospitalar, os próprios indicadores evidenciam que o programa vem produzindo efeitos concretos na qualificação da assistência, com avanços observados em diferentes dimensões da gestão.

A interpretação dos resultados à luz das particularidades de cada hospital, como sua função na rede, o perfil assistencial da demanda atendida e as condições territoriais, indica que o PGAQ não apenas está em funcionamento, mas vem se consolidando como instrumento fundamental de organização do cuidado e de fortalecimento da governança hospitalar.

Entretanto, ao evidenciar que os efeitos dessas estratégias são heterogêneos entre os hospitais analisados, reflete-se a diversidade das condições institucionais, estruturais e territoriais na rede de serviços. As variações observadas em indicadores assistenciais, como, mortalidade hospitalar, rejeição de solicitações de internação e tempo de resposta da regulação, demonstram que a organização da assistência ocorre em contextos distintos. Nesses cenários, a posição de cada hospital na rede de atenção à saúde, o perfil da demanda atendida e as condições sociais influenciam nos territórios, por conseguinte, diretamente nos resultados alcançados.

Embora o programa se fundamente em uma proposta inovadora, orientada por evidências, com abordagem territorializada e alinhada a princípios contemporâneos de gestão - como aqueles presentes no Modelo de Excelência da Gestão (MEG) - a análise dos relatórios institucionais demonstrou que essa perspectiva ainda não se expressa plenamente na leitura dos indicadores assistenciais. Isso por que, observou-se que os documentos institucionais do PGAQ apresentam análises predominantemente agregadas aos resultados do

programa, sem incorporar de forma sistemática as especificidades territoriais que caracterizam cada hospital e sua inserção na rede regional de serviços.

Dessa forma, um achado central desta pesquisa reside na necessidade de incorporar a dimensão territorial, de forma mais explícita, na análise e monitoramento das estratégias de gestão hospitalar. É fundamental considerar as diferenças estruturais entre os hospitais e as desigualdades sociais presentes nos territórios atendidos. Embora os relatórios forneçam métricas agregadas e comparáveis, úteis para o monitoramento da gestão, essa abordagem restringe a inclusão das especificidades institucionais, territoriais e assistenciais que caracterizam as distintas unidades da rede.

Nesse sentido, o estudo demonstra que a análise isolada dos indicadores hospitalares não é suficiente para expressar a complexidade da organização do cuidado no Sistema Único de Saúde, especialmente, em contextos de desigualdades regionais, diversidade de perfis epidemiológicos e distintas funções desempenhadas pelas unidades hospitalares.

Nesse contexto, mais do que apontar fragilidades, reforça-se a potencialidade do próprio PGAQ como instrumento de gestão, ao indicar caminhos para o seu aprimoramento. A incorporação de análises mais contextualizadas, que articulem indicadores assistenciais, função dos hospitais na rede, perfil da demanda e características territoriais, pode fortalecer ainda mais a capacidade do programa de produzir conhecimento estratégico para a gestão do sistema de saúde. Nessa direção, o estudo sugere que o avanço do PGAQ está menos na ampliação de indicadores e mais na qualificação de sua interpretação, aproximando a prática avaliativa de seus próprios princípios orientadores.

O fortalecimento do programa exige não apenas a continuidade das estratégias de monitoramento e avaliação da assistência hospitalar, como também, o aprimoramento dos processos de planejamento e da gestão da rede de serviços. Destacando-se maior integração entre os diferentes níveis de atenção e a incorporação mais sistemática das especificidades territoriais que caracterizam cada hospital e sua população de referência.

Dessa forma, o PGAQ se estabelece não apenas como um instrumento de monitoramento, mas como um dispositivo com potencial para a produção de análises mais integradas e sensíveis à realidade do SUS, desde que os

indicadores sejam compreendidos como expressões de contextos complexos e não apenas como parâmetros de comparação. Essa perspectiva reforça a necessidade de uma gestão pública orientada por valor, aprendizagem e adaptação, em consonância com abordagens contemporâneas de governança e excelência em gestão.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz. **O impacto do modelo gerencial na administração pública: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 1-26, 1997.
- ABRUCIO, Fernando Luiz. **Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático de gestão pública no Brasil**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 67-86, 2007.
- ABRUCIO, Fernando Luiz; LOUREIRO, Maria Rita. **Burocracia e ordem democrática: desafios contemporâneos**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 67-87, 2005.
- ARRETCHE, Marta. **Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.
- BARBOSA, José Carlos Gomes. **Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados**. 2018. 118 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento) – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, DF, 2018.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social: fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BOBBIO, Norberto. **Dicionário de política**. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1998.
- BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. 11. ed. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1998. 2 v. ISBN 8523003088.
- BOBBIO, Norberto. **Estado, governo e sociedade: para uma teoria geral da política**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.
- BOSCHETTI, Ivanete. **A política de assistência social no Brasil: um percurso de lutas**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 87, p. 45-67, 2006.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. **Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1741, 27 fev. 1967.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/sheets/cnes/relatorio-cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude>. Acesso em: 7 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 7 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para hospitais gerais e especializados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Brasília, DF: ENAP, 1996. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, v. 1).

BULHÕES, B. et al. **Shifting the management model of Brazilian health services: perceptions of major stakeholders on the participation of the private sector in public hospital administration**. *Dialogues in Health*, [s. l.], v. 1, p. 100011, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dialog.2022.100011>.

BURGOS, M.; BELLATO, R. **Gerencialismo no Brasil: origens e impactos**. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 180-219, jul./set. 2019.

CARNEIRO, C. C. G.; MARTINS, M. I. C. **Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde**. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 45-66, abr. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00029>.

CASTEL, Robert. A nova questão social. In: CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998. p. 495-591.

CAVALCANTE, F. R.; CARVALHO, M. C. **Governança pública: fundamentos e práticas para a gestão pública moderna**. São Paulo: Atlas, 2018.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CONFORTO, G. **Descentralização e regulação da gestão de serviços públicos**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 27-40, jan./fev. 1998.

COSTA JUNIOR, R. V. da; PORTO, P. R. da S.; SILVA, M. B. S. S. da. **Modelos de gestão em saúde pública: impactos na força de trabalho no Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa**. Revista Foco, Curitiba, v. 18, n. 4, p. e8162, 2025. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n4-018>. Acesso em: 16 out. 2025.

COSTA, Marco Aurélio et al. **Apontamentos sobre a dimensão territorial da pandemia da Covid-19 e os fatores que contribuem para aumentar a vulnerabilidade socioespacial nas unidades de desenvolvimento humano de áreas metropolitanas brasileiras**. Nota Técnica, Brasília, DF, n. 15, 2020.

DONABEDIAN, Avedis. **A qualidade do atendimento: como pode ser avaliada?** JAMA, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

ESPÍRITO SANTO. **Divisões político-administrativas do Estado do Espírito Santo: mapas dos municípios**. Vitória: Geobases, 2017. Disponível em: <https://geobases.es.gov.br/mapas-municipios-es>. Acesso em: 30 dez. 2025.

ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar nº 909, de 26 de abril de 2019. **Cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde e institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde**. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2019.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG)**. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2023. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/hospital-infantil-nossa-senhora-da-glória-heinsg>. Acesso em: 16 ago. 2025.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **ICEPI – Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde: relatório de gestão 2022-2023**. Vitória: SESA/ICEPi, 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria ICEPI nº 015-R, de 16 de novembro de 2021**. Institui, no âmbito do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi, o Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade da Assistência nas Redes de Atenção à Saúde – PGAQ. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório de gestão 2019-2022**. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2022. Disponível em: <https://icepi.es.gov.br/Media/ICEPi/Arquivos-ICEPi/comunicacao-institucional-ICEPi/Relatório%20de%20Gestão%202019-2022%20Vf.pdf>. Acesso em: 17 out. 2025.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Secretário prestigia comemoração de aniversário do hospital infantil de Vitória**. Vitória: Governo do Estado do Espírito Santo, 2023. Disponível em: <https://www.es.gov.br/Noticia/secretario-prestigia-comemoracao-de-aniversario-do-hospital-infantil-de-vitoria>. Acesso em: 17 out. 2025.

FADUL, E. M.; SOUZA, A. R. Políticas de reformas da administração pública brasileira: uma compreensão a partir de seus mapas conceituais. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 24., 2005, Brasília, DF. **Anais**. Brasília, DF: ANPAD, 2005.

FERLIE, Ewan et al. **A nova administração pública em ação**. Brasília, DF: UnB/ENAP, 1999.

FERREIRA, Mário Luiz Pinto. **Mensuração da variação em saúde, por escores ordinais: aspectos técnicos e práticos e proposta de um novo indicador**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2007.

FLEURY, Sonia. **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 475-486, 2014.

FREIRE, Sheila Maria P.; LIMA, Lúcia Helena de Oliveira. **Regulação em saúde no SUS: avanços, limites e perspectivas**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1881-1890, 2018.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Critérios de excelência da gestão – MEG**. São Paulo: FNQ, 2016.

GIOVANELLA, Lúgia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GOMES, Romeu et al. **Intervenções estimuladoras de mudança em cenários de educação na saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, 2024.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de et al. (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma “nova saúde pública”**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 832-834, abr. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LvZZcQKRV8vbMmcsVnpRdYn/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2025.

HEEKS, Richard (ed.). **Reinventing government in the information age: international practice in IT-enabled public sector reform**. Londres: Routledge, 2002.

HOCHMAN, Bernardo et al. **Desenhos de pesquisa**. Acta Cirúrgica Brasileira, São Paulo, v. 20, p. 2-9, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acb/a/bHwp75Q7GYmj5CRdqsXtqbj>. Acesso em: jun. 2023.

HOOD, Christopher. **A public management for all seasons**. Public Administration, Londres, v. 69, n. 1, p. 3-19, jan. 1991.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IBAÑEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. **Modelos de gestão e o SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1831-1840, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8qftxM5GZwvNkVKvvnv43kWw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 abr. 2025.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Whole system measures 2.0: a compass for health system leaders**. Cambridge: IHI, 2023. Disponível em: https://www.ihl.org/sites/default/files/2023-09/IHIWholeSystemMeasures2_0WhitePaper.pdf. Acesso em: 28 out. 2025.

KLERING, Luis Roque; PORSE, Melody de Campos Soares; GUADAGNIN, Luis Alberto. **Novos caminhos da administração pública brasileira**. Administração Pública e Gestão Social, Viçosa, v. 12, n. 1, p. 131-148, 2010.

LAURELL, Asa Cristina. **Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 24, e2668, 2016.

LIMA, Luciana Leite; AGUIAR, Rafael Barbosa; LUI, Lizandro. Desenho de políticas públicas e instrumentos de implementação. In: BRASIL, Felipe Gonçalves; CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt (org.). **Abordagens contemporâneas para a análise de políticas públicas**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2022. p. 235-272.

LIPSKY, Michael. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services**. 30. ed. New York: Russell Sage Foundation, 2010.

MASSUDA, Adriano; KEMPER, Elisandr a Sguario (org.). **Inovações na gestão em saúde e a resiliência do SUS: a experiência capixaba na resposta   Covid-19**. Porto Alegre: Rede Unida, 2022.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 30. ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

MENDES, Eug nio Vilaça. **As redes de atenção   saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência   saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. O território na promoção e vigilância em saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Z lia; ALMEIDA FILHO, Naomar de (org.). **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2005. p. 265-276.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 1991.

OLIVEIRA, Virginia Alonso de et al. **Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: desafios para a gestão em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1743-1752, 2015.

OSBORNE, Stephen P. **The new public governance?** Public Management Review, Londres, v. 8, n. 3, p. 377-387, 2006.

OSBORNE, Stephen P.; BROWN, Kerry. **Managing change and innovation in public service organizations**. Londres: Routledge, 2013.

PAES DE PAULA, Ana Paula. **Por uma nova gestão pública: limites e possibilidades da gestão pública contemporânea**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PECI, Alketa; PIERANTI, Octavio Penna; RODRIGUES, Silvia. **Governança e new public management: convergências e contradições no contexto brasileiro**. Organizações & Sociedade, Salvador, v. 15, n. 46, p. 39-55, 2008.

PESSOA, Wendelson Pereira et al. **A aplicabilidade de tecnologias digitais na administração pública e suas implicações para a eficiência dos serviços**. Revista DCS, [s. l.], v. 22, n. 84, p. e3752, 2025. DOI: <https://doi.org/10.54899/dcs.v22i84.3752>. Disponível em: <https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/3752>. Acesso em: 13 out. 2025.

PESTOFF, Victor. Co-production and third sector social services in Europe: some crucial conceptual issues. In: PESTOFF, Victor; BRANDSEN, Taco; VERSCHUERE, Bram (org.). **New public governance, the third sector and co-production**. New York: Routledge, 2012.

ROLIM, Maria da Conceição Lima Melo; LICAR, Ana Caroline Neres Castro (org.). **Direito digital, inteligência artificial e proteção de dados: avanços e dilemas da sociedade da informação**. 1. ed. São Paulo: Namíbia Editora, 2025.

SAAB, Monise de Castro. **Políticas de retenção de talentos em empresas de tecnologia da informação no Brasil: análise das práticas de remuneração e benefícios**. 2023. 14 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2023.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. 2. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, Thadeu Borges Souza et al. **Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3597-3609, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.33962018>. Acesso em: 22 mar. 2026.

SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves dos. **Democracia e governo local: dilemas da reforma municipal no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2015.

SCHILLING, C. M.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (org.). **A política regulação do Brasil**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Instrutivo para a composição dos recursos financeiros tripartite da nova PPI Capixaba: macroalocação dos recursos financeiros tripartite ambulatoriais e hospitalares do SUS no ES e consolidação da nova PPI Capixaba**. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, [s. d.].

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Nova perfilização hospitalar regionalizada do Estado do Espírito Santo: conceitos, terminologias e operacionalização com base na Política Estadual de Contratualização do SUS**. 1. versão. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, 30 jun. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade – PGAQ**. Vitória: ICEPi/SESA, 2020-2024. Documentos técnicos.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade (PGAQ): diretrizes e resultados preliminares**. Vitória: SESA-ES, 2022.

SECCHI, Leonardo. **Modelos organizacionais e reformas da administração pública**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, 2009.

SILVA, J. F. M. da. **Regionalização e cooperação nas estratégias de contratualização no SUS**. 2022. 362 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

SILVA, Vanessa Costa e; BARBOSA, Pedro Ribeiro; HORTALE, Virgínia Alonso. **Parcerias na saúde: as organizações sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, [dados de volume, número, páginas e ano não informados].

SOARES, Vinícius Sabedot. **Análise dos núcleos internos de regulação hospitalares de uma capital**. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 15, n. 3, p. 339-343, jul./set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017GS3878>. Acesso em: 28 out. 2025.

SOUZA, Raquel; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Desafios da regionalização na saúde: entre a descentralização e a governança**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4371-4380, 2014.

TEIXEIRA, A. F.; GOMES, R. C. **Governança pública: uma revisão conceitual**. Revista do Serviço Público, Brasília, DF, v. 70, n. 4, p. 519-550, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21874/rsp.v70i4.3089>. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/3089>. Acesso em: 14 out. 2025.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**. 4. ed. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1999.

APÊNDICE A

Modelo de *Checklist* de Análise Documental – Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade (PGAQ)

Eixo Analítico	Questões Orientadoras	Evidências a serem buscadas no documento	Campo para resposta (Adere Totalmente/Adere Parcialmente/Não Adere)	Observações
1. Coerência com os objetivos do PGAQ	O documento apresenta os objetivos e metas do programa de forma clara?	Menção a NIR, gestão de leitos, indicadores etc.		
	Os componentes estão alinhados às portarias do ICEPi/SESA?	Concordância com instrumentos oficiais		
	Há consistência entre o previsto e o executado?	Correspondência entre planejamento e prática		
2. Efeitos sobre os indicadores assistenciais	O documento traz dados comparativos pré e pós-implantação?	Tabelas, gráficos ou variações percentuais		
	Os indicadores estão associados a metas do PGAQ?	Giro de leito, mortalidade, taxa de ocupação, etc.		
3. Conformidade com os princípios do SUS	O programa é coerente com a universalidade, equidade, integralidade?	Citações aos princípios do SUS		
	Há ações voltadas para populações vulneráveis?	Menção a desigualdades regionais ou socioeconômicas		

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROGRAMA DE GESTÃO DO ACESSO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (PGAQ): ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO E IMPACTO SOB O OLHAR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Pesquisador: SABRINA LAMAS COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81876224.9.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.035.504

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local - Emescam.

Trata-se de estudo observacional retrospectivo, descritivo e longitudinal, que inclui análise documental e avaliação de indicadores de processo e resultados clínicos. Além disso, será realizado um estudo quase-experimental para avaliar o impacto do Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade da Assistência nas Redes de Atenção à Saúde (PGAQ) nos hospitais estaduais do ES.

O estudo terá como cenário 06 hospitais públicos do estado do Espírito Santo que implementaram um ou mais componentes do PGAQ, a saber: Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSIG), Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), Hospital Estadual de Vila Velha (HE3VV), Hospital Estadual Dório Silva (HEDS), Hospital Maternidade Sílvio Avidos (HMSA) e Hospital Estadual Roberto Arrizaut Silveiras (HRAS).

Para caracterizar o PGAQ e seus componentes, serão consultados documentos relativos ao programa (portarias, editais, regulamentos, ferramentas e instrumentos desenvolvidos) obtidos

Endereço: EMESCAM, Av. NLS da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próximo à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Lúcia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3588 **Fax:** (27)3334-3588 **E-mail:** comiteetica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 7.005.594

em consulta ao ICEPI. Para analisar o processo de Implementação e o Impacto do PGAQ, serão coletados dados dos relatórios administrativos de cada hospital, a partir de consulta aos formulários do PGAQ e dos relatórios do sistema de Informação do MV, abrangendo o período de 2017 a 2023, considerando 36 meses antes e 36 meses após a Implantação de cada componente do PGAQ e em cada hospital.

Também serão coletados dados referentes ao perfil demográfico dos pacientes: data de nascimento, sexo, cidade de origem, cidade de alta, motivo de Internação, tipo de leito de Internação na alta e tipo de pendência.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Analisar a Implementação e os resultados do Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade da Assistência nas Redes de Atenção à Saúde (PGAQ) nos hospitais próprios da rede do Espírito Santo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o Programa de Gestão de Acesso e Qualidade (PGAQ) e seus componentes, apresentando o perfil assistencial e a capacidade instalada dos hospitais públicos no estado;
- Analisar os resultados antes e após a Implantação do Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade da Assistência nas Redes de Atenção à Saúde (PGAQ) nos hospitais estaduais da rede própria da Secretaria Estadual de Saúde (SESA).
- Avaliar a influência do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos Indicadores de processo, como o percentual de reservas rejeitadas e o tempo de resposta às solicitações, ressaltando a importância desses indicadores na eficiência operacional após a sua implantação;
- Descrever como a Implementação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) afeta nas medidas clínicas como número de internações, tempo médio de permanência, taxa de ocupação e os resultados clínicos;
- Analisar os efeitos do Escritório de Gestão de Alta (EGA) nos indicadores de processo, como número de saídas, tempo de permanência e taxa de reinternação em menos de 30 dias, destacando a relevância desses indicadores na qualidade dos serviços prestados;
- Identificar como o Escritório de Gestão de Alta (EGA) contribui para a qualidade da transição do cuidado, incluindo aspectos como monitoramento pós-alta, enfatizando a importância da

Endereço: EMESCAM, Av. N.S. da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Lúcia CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3588 Fax: (27)3334-3588 E-mail: comitetic@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 7.035.504

continuidade do cuidado para a saúde dos pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

A pesquisadora reconhece que o estudo apresenta riscos mínimos por empregar estratégia retrospectiva de coleta de dados e não envolver a realização de intervenção direta aos indivíduos que participam da pesquisa.

A pesquisadora e colaboradores se comprometem, individual e coletivamente, a utilizar os dados apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Res. CNS Nº 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

BENEFÍCIOS:

A pesquisa terá como benefícios a produção de evidências científicas para avaliação do impacto do PGAQ, gerando subsídios para que sejam desenvolvidas estratégias para melhoria ou ampliação, além de contribuir para a construção de políticas públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa viável e relevante.

Pesquisadora solicita dispensa de TCLE e apresenta as seguintes justificativas:

I) desenho do estudo: observacional, descritivo, retrospectivo que empregará apenas análise documental, avaliação das medidas de processo, resultados clínicos de dados de sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados sem previsão de utilização de material biológico;

II) fontes indiretas de informação (sem aplicação de questionário);

III) os dados dos relatórios administrativos de cada hospital, será utilizado a partir de consulta aos formulários do programa e dos relatórios do sistema de informação do MV, abrangendo o período de 2017 a 2023, considerando 36 meses antes e 36 meses após a implantação de cada componente do PGAQ e em cada hospital;

IV) porque se trata de um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas), consequentemente sem adição de riscos ou prejuízos aos indivíduos que participarão da

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3334-3588

Fax: (27)3334-3588

E-mail: comitetica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 7.005.504

pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- Carta de anuência assinada pelo diretor do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPI.
- Folha de rosto assinada pela Coordenadora de Pesquisa e Iniciação Científica da Emescam.
- Projeto de pesquisa e PB e Informações Básicas do Projeto adequados.
- Cronograma e orçamento adequados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugere-se aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2381711.pdf	24/07/2024 10:22:22		Acelto
Folha de Rosto	Folha de Rosto assinada.pdf	24/07/2024 10:22:01	SABRINA LAMAS COSTA	Acelto
Outros	TA_ass.pdf	18/07/2024 17:32:26	SABRINA LAMAS COSTA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura	Brochura_Detalhado.pdf	18/07/2024 17:31:31	SABRINA LAMAS COSTA	Acelto

Endereço: EMESCAM, Av. NS. da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 29.045-402
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comitetic@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer 7.005.504

Investigador	Brochura_Detalhado.pdf	18/07/2024 17:31:31	SABRINA LAMAS COSTA	Acelto
Brochura Pesquisa	Brochura.pdf	18/07/2024 17:30:39	SABRINA LAMAS COSTA	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/07/2024 17:30:11	SABRINA LAMAS COSTA	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_assinada.pdf	11/07/2024 11:19:22	SABRINA LAMAS COSTA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	IsencaoTCLE.pdf	11/07/2024 11:17:04	SABRINA LAMAS COSTA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Detalhado.pdf	11/07/2024 11:16:52	SABRINA LAMAS COSTA	Acelto
Orçamento	Orcamento.pdf	11/07/2024 11:16:39	SABRINA LAMAS COSTA	Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	11/07/2024 11:16:23	SABRINA LAMAS COSTA	Acelto
Brochura Pesquisa	Brochura.pdf	11/07/2024 11:15:30	SABRINA LAMAS COSTA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 27 de Agosto de 2024

Assinado por:
rubens José loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, Vitória, próxima à sala dos professores e módulo de
Bairro: Bairro Santa Luiza CEP: 39.045-402
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3586 E-mail: comitetic@emescam.br