



Plano Estadual da Saúde

2024 – 2027

Ceará | Novembro 2023



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Elmano de Freitas da Costa

Governador do Estado do Ceará

Jade Afonso Romero

Vice-Governadora

Tânia Mara Silva Coelho

Secretária da Saúde do Estado do Ceará

Maria Aparecida Gomes Rodrigues Façanha

Secretária Executiva de Planejamento
e Gestão Interna

Joana Gurgel Holanda Filha

Secretária Executiva de Atenção à Saúde e
Desenvolvimento Regional

Maria Vaudelice Mota

Secretária Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde

Antônio Silva Lima Neto

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde

Luiz Otávio Sobreira Rocha Filho

Secretário Executivo Administrativo-Financeiro

Coordenação Técnica

Joélia Rodrigues da Silva

Coordenadoria de Desenvolvimento
Institucional e Planejamento

Organização

Joélia Rodrigues da Silva

Coordenadoria de Desenvolvimento
Institucional e Planejamento

Matheus Antônio Magalhães Farias Catunda

Coordenadoria de Desenvolvimento
Institucional e Planejamento

Elaboração Técnica

Assessoria de Comunicação

Helga Rackel Sousa Santos
Keiliane Carla Gomes Ferreira

Conselho Estadual de Saúde

Francisco Nathanyel Lima Rebouças
Francisco Rodrigues Soares Filho
Joana D Arc Taveira dos Santos
José Araújo Junior
Maria Goretti Araújo Sousa

Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo

Marcelo Martins Rodrigues

Amon Elpídio Da Silva
Francisco Sales Ávila Cavalcante

Geni Carmem Clementino Alves
Ivana Leila Carvalho Fernandes
Luiz Wanderley Lima Filho
Marcus Antônio Almeida Rodrigues
Olivia Andrea Alencar Costa Bessa
Suzyane Cortês Barcelos
Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti

**Secretaria Executiva Administrativo
Financeira**

Gabriel Brito Loureiro Lustosa da Costa
Mariana Maia Martins Evangelista
Weverson Passos Costa

Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional

Amanda Diéssica Oliveira da Silva
Ana Cybelle de Araujo Oliveira
Ana Maria Martins Pereira
Ana Talia Silva de Melo
Breno melo novais Miranda
Carmen Cintra de Oliveira Tavares
Danielly Custódio Cavalcante Diniz
Eliana Régia Barbosa de Almeida
Eva Vilma Moura Baia Sampaio
Felipe Gurgel do amaral mota
Francisco Elvis Firmino da Fonseca
Francisco Ivan Rodrigues Mendes Junior
Hellano Vieira de Almeida
Icaro Tavares Borges
Ítalo Lennon Sales de Almeida
Jéssica Messias do Nascimento
José Renan lacerda vidal Braga
Joyce Katherayne Ferreira Braga
Kamila Sindeaux Barreira
Keyla Maria Alves Silva
Lilian dos Santos Oliveira
Louise Myrella Santos de Sousa
Manoel Pedro Guedes Guimaraes
Marina Castro Sobral
Nalber Sigian Tavares
Rafael Reinaldo da Silva
Rejane Helena Chagas de Lima
Rianna Nargella Silva
Sheilla Maria Brígido da Silva
Sheila Maria Santiago Borges
Suzelene Chagas Marinho
Talyta Alves Chaves
Thales Veras Martins
Wildson Ronney Rodrigues Bezerra

Secretaria Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde

Fernanda França Cabral
Isabella Costa Martins
Luciene Alice da Silva
Maria Ivone Ferreira Melo
Raimunda Felix de Oliveira
Thaís Nogueira Facó de Paula Pessoa

Unidades Assistenciais da Rede Sesa

Adriano Veras Oliveira
Ana Carolina Barjud Marques Maximo
Ana Claudia De França Moraes
Ana Patrícia Oliveira Moura Lima
Ana Valesca Almeida Nogimo
Anacelia Gomes De Matos
Angela Rocha Mapurunga
Anne Rafaela Tavares De Moura
Antonia Kercia Almeida Alves

Silvia Maria Negreiros Bomfim Silva
Thaís Nogueira Facó de Paula Pessoa

Secretaria Executiva de Planejamento e Gestão Interna

Adélia Maria Araújo Bandeira
Andrea Siqueira Benevides
Ariane Araujo de Lima
Camila Silva Melo
Carla Cristina Fonteles Barroso
Carlos Bruno Silveira
Daniel Martins da Silva
Eufrauzina Hortência Pedrosa Carlos
Erivanda de Sousa Sena
Felipe Assuncao Jataí
Francisca Lucileide Lopes da Silva
João Washington de Meneses
Joélia Rodrigues da Silva
Leurismar Pereira Pinheiro de Queiroz
Luciana Pinheiro de Alencar
Luiza de Marilac Barros Rocha
Maria de Jesus de Sousa Cavalcante
Matheus Antônio Magalhães Farias Catunda
Naara Regia Pinheiro Cavalcante
Oleda Maria Castro Araujo
Sebastiao Vladimir Costa Rodrigues Valdiana
Silva Leandro

Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde

Ana Maria Peixoto Cabral Maia
Ana Karine Borges Carneiro
Anacélia Gomes de Matos Mota
Diana Carmem Almeida Nunes de Oliveira
Elza Gadelha Lima
Iara Holanda Nunes
Juliana Costa de Abreu
Lucília Maria Nunes Falcão
Nayara de Castro Costa Jereissati
Regina Maria Vale de Carvalho
Vívian da Silva Gomes

Ouvidoria

Márcia Maria Mororo Monteiro Muniz
Valniza Araújo do Silva

Unidades Assistenciais da Rede Sesa

Helena Marcia Guerra Dos Santos
Idelvan Teixeira Correia
Ismênia Maria Barreto Ramos
Ítala De Brito Oliveira
Ivelise Regina Canito Brasil
Jaqueline Maria Machado Castelo Branco Barreto
Jonisvaldo Pereira Albuquerque
José Emídio Rocha Teixeira
Juliana Costa De Abreu

Antônia Márcia Xavier
Antônio Mário Mamede Filho
Araguacy Reboucas Simplicio
Bergson De Brito Moura
Camila Alves Machado
Carlos Augusto Lima Gomes Dos Santos
Carlos Hilton Albuquerque Soares
Celiane Maria Lopes Muniz
Christina Cordeiro Benevides De Magalhães
Claudia Maria Almeida Catunda
Cláudio Augusto Justa Barroso
Cristiana Batista Vieira Pinto
Cristiano Oliveira Rabelo
Cristina Figueiredo Sampaio Façanha
Davi Queiroz De Carvalho Rocha
Denys Briand
Dherlen Lemos Da Silva
Djane Ribeiro Filizola
Edilson Da Silva Almeida
Eline Mara Tavares Macedo
Elionária Cunha De Lima
Elisângela Tavares Da Silva Barros
Elisfabio Brito Duarte
Elza Gadelha Lima
Everton Do Carmo Barbosa
Fábia Maria Holanda Linhares Feitosa
Fabiana De Sousa Alves
Fátima Maria Monteiro Maia De Carvalho
Fernanda Augusta Fraga Gomes
Francisco Bonavides De Souza
Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho
Gerlania Maria Martins De Melo Soares
Germana Soares Guedes Porto
Graça Maria De Lima
Grace Mendes De Deus

Juliana Mendes Gomes De Medeiros
Juliana Pereira Queiros
Lauro Vieira Perdigão Neto
Letícia Portela Santos Sucupira
Liana Perdigão Mello
Luany Elvira Mesquita Carvalho
Luciana Maria De Barros Carlos
Lucianna Leite Pequeno
Marcela Moura França Do Carmo
Márcia Maria Bruno Araújo
Maria Alves Cavalcante
Maria Araci De Andrade Pontes
Maria Aragão Sales Cavalcante
Maria Irisdalva De Melo
Maria Mikaela Alexandre Rodrigues
Michelle Soeiro De Oliveira
Milena Maria Gomes Araujo
Nádia Teixeira Da Silva
Nalber Sigian Tavares Moreira
Nancy Costa De Oliveira Caetano
Natalícia Azevedo Silva
Patrícia Aquino De Queiroz
Patricia Santana De Oliveira
Rafaela Neres Severino
Rejane Brasil Sá
Rejane Nunes De Castro
Ruth Maria Oliveira De Araujo
Sabrina Becker
Telma Regia Bezerra Sales De Queiroz
Thaís Lobo Herzer
Ursula Wille Campos
Victor Tabosa Dos Santos Oliveira
Vitória De Oliveira Almeida

Lista de Ilustrações

Quadros

Quadro 1 - Cronograma das Oficinas de Trabalho do Planejamento Estratégico	28
Quadro 2 - Ranqueamento da mortalidade infantil por componente, segundo as cinco principais causas CID 10. Ceará, 2022*	84
Quadro 3 - Relação dos Consórcios Públicos de Saúde do Ceará	176
Quadro 5 - Rede Assistencial Hospitalar habilitada para atender a gestante.	191
Quadro 6 - Hospitais habilitados na IHAC	193
Quadro 7 - Linhas de Cuidado e Pontos de Atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	205
Quadro 8 - Prioridades sanitárias da Região de Saúde de Fortaleza	283
Quadro 9 - Prioridades sanitárias da Região de Saúde do Cariri	284
Quadro 10 - Prioridades sanitárias da Região de Saúde de Sobral	285
Quadro 11 - Prioridades sanitárias da Região de Saúde do Litoral Leste/ Jaguaribe	285
Quadro 12 - Prioridades sanitárias da Região de Saúde do Sertão Central	286
Quadro 13 - Diretrizes do Plano Estadual	348

Figuras

Figura 1 - Taxa de analfabetismo, por sexo, segundo idade - Ceará 2022	71
Figura 2 - Taxa de Crimes Violentos Letais e Intencionais, 2010-2021	78
Figura 3 - Mortalidade proporcional segundo causa Capítulos da CID 10.	80
Figura 4 - Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos - Ceará, 2011 a 2023*	81
Figura 5 - Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce, Tardia e Pós Neonatal, Ceará, 2011 a 2023*	82
Figura 6 - Proporção de óbitos neonatais precoce, tardio e pós-neonatais. Ceará, 2011 a 2023*.	83
Figura 7- Razão de Mortalidade Materna (RMM)*, Ceará 2010 a 2023*	85
Figura 8 - Razão de Mortalidade Materna (RMM), segundo Causas Obstétricas. Ceará, 2011 a 2023*	87
Figura 9 - Taxa de mortalidade prematura (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos) pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Ceará, 2013-2022 (N=105.453).	89
Figura 10 - Taxa de mortalidade prematura (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos), segundo as principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Ceará, 2013-2022	91

Figura 11 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) segundo os principais grupos específicos relacionados às doenças do aparelho circulatório (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos), Ceará, 2013 a 2022*	92
Figura 12 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) segundo os cinco principais tipos de neoplasias malignas (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos do sexo masculino). Ceará, 2013 a 2022	93
Figura 13 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) segundo os cinco principais tipos de neoplasias malignas (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos do sexo feminino). Ceará, 2013 a 2022	94
Figura 14 - Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por Causas Externas. Ceará, 2013-2022	95
Figura 15 - Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por grupos específicos por Causas Externas. Ceará, 2013-2022	97
Figura 16 - Incidência dos casos notificados de Arboviroses, Ceará, 2018 a 2023*	99
Figura 17 - Distribuição dos casos e coeficientes de incidência de LV (por 100.000 hab.), Ceará, 2018-2023 (N=1.453)	100
Figura 17 - Distribuição espacial dos coeficientes de incidência de LV (por 100.000 habitantes), Ceará, 2019-2022	101
Figura 18 - Número e incidência de casos de DDA, Ceará, 2018 a 2023* (N=1.379.001)	103
Figura 19 - Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade e taxa de detecção de sífilis em gestante (1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Ceará, 2018 a 2023*	105
Figura 20 - Taxa de detecção de sífilis gestante e taxa de incidência e sífilis congênita segundo ano de diagnóstico e Superintendência de Saúde. Ceará, 2022	105
Figura 21 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade infantil por sífilis congênita (por 100.000 NV) segundo ano do óbito. Ceará, 2018 a 2023*	106
Figura 22 - Taxa de detecção de aids em menores de cinco anos de idade, segundo ano de diagnóstico. Ceará, 2018 a 2023*	107
Figura 23 - Coeficiente de detecção (por 100 mil habitantes) de casos novos de hanseníase na população geral. Ceará, 2010 a 2022*	109
Figura 24 - Proporção de casos novos de hanseníase, segundo sexo, entre o total de casos novos diagnosticados no ano. Ceará, 2018 a 2022*	110
Figura 25 - Proporção contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, Ceará, 2010 a 2022*	111
Figura 26 - Proporção de casos novos diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliados, Ceará, 2010 a 2022*	112
Figura 27 - Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nas coortes e abandono, Ceará, 2010 a 2022*	113

Figura 28 - Número de casos novos e incidência de tuberculose, Ceará, 2010 a 2022	114
Figura 29 - Número de óbitos e taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) de Tuberculose por causa básica, Ceará, 2010 a 2022	115
Figura 30 - Proporção de cura, abandono e outros encerramentos dos casos novos de tuberculose, Ceará, 2010 a 2022	117
Figura 31 - Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose por ano de diagnóstico. Ceará, 2010 a 2022.	117
Figura 32 - Distribuição dos casos notificados e confirmados de meningite (todas as etiologias) por ano do início dos sintomas, Ceará, 2019 a 2023* (N=3.239).	119
Figura 33 - Distribuição dos casos notificados de tétano acidental, Ceará, 2018 a 2023* (N= 218)	120
Figura 34 - Distribuição dos casos notificados de coqueluche, Ceará, 2018 a 2023* (N= 218)	120
Figura 35 - Distribuição dos casos notificados e em investigação de PFA, por ano do início dos sintomas, Ceará, 2018 a 2022* (N= 46)	121
Figura 36 - Distribuição de casos e óbitos por covid-19, segundo início dos sintomas. Ceará, 2020 a 2023*	122
Figura 37 - Distribuição de casos e óbitos por covid-19, segundo início dos sintomas. Ceará, 2023*	123
Figura 38 - Distribuição de casos e óbitos por covid-19, segundo início dos sintomas. Ceará, 2023*	123
Figura 39 - Distribuição de casos (A) e óbitos (B) por covid-19, segundo início dos sintomas. Ceará, 2020 a 2023.	124
Figura 40 - Distribuição das sublinhagens da variante Ômicron em circulação no Ceará no ano de 2023*	125
Figura 41 - Distribuição viral de SARS-CoV-2, Influenza e Vírus Sincicial Respiratório (VSR), segundo início dos sintomas. Ceará, 2023*	126
Figura 42 - Exames realizados de RT PCR em tempo real para SARS COV-2 / Taxa de Detectáveis - Período 2020-2023	127
Figura 43 - Número de casos notificados e taxa de incidência de notificação (por 100 mil habitantes) por violência interpessoal/autoprovoada. Ceará, 2018 a 2023*	129
Figura 44 - Proporção de casos notificados por violência interpessoal/ autoprovocada, segundo faixa etária e sexo. Ceará, 2018 a 2023*	130
Figura 45 - Número de casos e taxa de incidência de notificação (por 100 mil habitantes) segundo tipo de violência. Ceará, 2018 a 2023*	131
Figura 46 - Distribuição espacial da média acumulada da taxa de incidência de notificação de violência interpessoal por 100 mil habitantes, segundo as Regiões de Saúde. Ceará, 2018 a 2022*	132
Figura 47 - Distribuição espacial da da taxa de incidência de notificação de violência interpessoal por	

100 mil habitantes, segundo as Regiões de Saúde. Ceará, 2022*	133
Figura 48 - Distribuição espacial da média acumulada da taxa de incidência de notificação de lesão autoprovocada por 100 mil habitantes, segundo as Regiões de Saúde. Ceará, 2018 a 2022*	134
Figura 49 - Distribuição espacial da taxa de incidência de notificação de lesão autoprovocada por 100 mil habitantes, segundo as Regiões de Saúde. Ceará, 2022*	135
Figura 50 - Histórico das ações de Vigilância Sanitária - SIA-SUS	137
Figura 51 - Percentual do Cumprimento da Diretriz Estadual para os parâmetros de cloro residual desinfetante, turbidez, coliformes totais e fluoreto, Ceará 2022.	140
Figura 52 - Percentual das amostras satisfatórias por forma de abastecimento para os parâmetros cloro, turbidez e flúor, Ceará, 2022	141
Figura 53 - Casos de intoxicações exógenas por agrotóxicos, Ceará, 2011 a 2023*	144
Figura 54 - Notificações e coeficiente de incidência de intoxicações exógenas por agrotóxicos por ano (100 mil hab.), Ceará, 2011 a 2023*	144
Figura 55 - Número de doenças relacionadas ao trabalho* notificadas no SINAN, Ceará, 2016 a 2022	147
Figura 56 - Notificações das doenças relacionadas ao trabalho* por região de saúde, Ceará, 2016-2022	148
Figura 57- Número de agravos relacionados ao trabalho notificados no SINAN, Ceará, 2016 a 2022	149
Figura 58- Número de agravos relacionados ao trabalho notificados no SINAN, por região de saúde, de 2016 a 2022	150
Figura 59- Número de atendimentos e de necropsias realizadas	153
Figura 60 - Número de atendimentos e de serviços de atendimento móvel realizados	154
Figura 61 - Produção da Rede LACEN-CE - Série histórica	156
Figura 63 - Série histórica de exames laboratoriais para CHIKUNGUNYA/Taxa de positividade	158
Figura 64 - Série Histórica de Cobertura Vacinal (%) em menores de 2 anos. Ceará, 2018-2022	160
Figura 65 - Homogeneidade de Cobertura Vacinal (%) em menores de 2 anos. Ceará, 2018-2022	161
Figura 66 - Proporção de vacinas (%) do Calendário Básico de Vacinação em crianças menores de 2 anos, por município. Ceará, 2018-2022	162
Figura 67 - Proporção de vacinas (%) do Calendário Básico de Vacinação em crianças menores de 2 anos, por SR. Ceará, 2018-2022	162
Figura 68 - Cobertura vacinal do esquema primário de vacinação contra Covid-19, por município. Ceará, 2023	164
Figura 69 - Cobertura vacinal da dose de reforço contra Covid-19, por município. Ceará 2023	165
Figura 70 - Cobertura de Atenção Primária e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Estado do	

Ceará, no período de 2019 a 2023*	168
Figura 71 - Quantitativo de Estabelecimentos de Saúde da Atenção Primária, por Estabelecimento, segundo CNES, competência jun/2019 a jun/2023, no Estado do Ceará	169
Figura 72 - Proporção de Internações por condições sensíveis à atenção primária, no período de 2019 a 2023, no estado do Ceará	170
Figura 73 - Número de Problema/Condição Avaliada Hipertensão Arterial, no período de 2019 a julho 2023, no Estado do Ceará	171
Figura 74 - Número de Problema/Condição Avaliada Diabetes, no período de 2019 a julho 2023, no Estado do Ceará	172
Figura 75 - Percentual de cobertura de acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família com condicionalidade da saúde, no período de 2019 a 2023* no Estado do Ceará	173
Figura 76 - Produção das Unidades Consorciadas, 2018 a 2023	180
Figura 77 - Fluxo de vinculação para assistência materno infantil.	190
Figura 78 - Distribuição dos CERESTs no Ceará	210
Figura 79 - Distribuição das Equipes Saúde Bucal, no estado do Ceará, no período de 2001 a 2021	213
Figura 80 - Mortalidade do câncer oral nas regiões de saúde do Ceará em 2021	216
Figura 81 - Fluxo de Regulação	217
Figura 82 - Unidades portas abertas e unidades que precisam de regulação	219
Figura 83 - Necessidades locorregionais	231
Figura 84 - Modelo lógico-conceitual da assistência farmacêutica	238
Figura 85 - Assistência Farmacêutica na Estrutura Organizacional	240
Figura 86 - Postos de trabalho segundo em estabelecimentos de saúde dezembro de 2017 a junho de 2023 (dez-2017/jun-2023).	253
Figura 87 - Evolução do número de matrículas de ingressantes e concluintes em cursos presenciais de graduação na área da saúde (2010-2021)	261
Figura 88 - Evolução do número de matrículas de ingressantes e concluintes em cursos presenciais de graduação na área da saúde por IES públicas (2010-2021)	262
Figura 89 - Evolução das manifestações no quadriênio	273
Figura 90 - Sistema de Governança da Secretaria da Saúde do Estado	289
Figura 91 - Fluxo das premissas para construção dos planos	349
Figura 92 - Etapas do monitoramento e avaliação	373

Lista de Tabelas

Tabela 1 - População estimada por sexo, Ceará 2022	70
Tabela 2 - Taxa de analfabetismo, por sexo, segundo os grupos de idade - Ceará - 2019-2022	71
Tabela 3 - Domicílios, segundo algumas características - Ceará - 2017-2022	72
Tabela 4 - Dados gerais de abastecimento de água e esgotamento sanitário - Ceará e Região Metropolitana de Fortaleza - 2015/2021	73
Tabela 5 - Pessoas em idade ativa, por sexo, segundo os grupos de idade, os grupos de anos de estudo e as classes de rendimento mensal - Ceará - 2011/2015	75
Tabela 6 - Pessoas economicamente ativas, por sexo, segundo os grupos de idade, os grupos de anos de estudo e as classes de rendimento mensal - Ceará - 2011/2015	76
Tabela 7 - Número de óbitos segundo causa Capítulos da CID 10.	79
Tabela 8 - Número de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e Maternos, segundo Natureza do Óbito. Ceará, 2011 a 2023*	86
Tabela 9 - Número de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e Maternos, segundo Natureza do Óbito. Ceará, 2011 a 2023*	88
Tabela 10 - Casos novos de hanseníase por região de saúde. Ceará, 2021 e 2022	108
Tabela 11 - Casos novos de tuberculose por região de saúde. Ceará, 2021 e 2022	116
Tabela 12 - Distribuição dos trabalhadores da saúde do Ceará por nível de formação, segundo as regiões de saúde. Fortaleza, 2022	254
Tabela 13 - Número de instituições de ensino e cursos técnicos, graduações e pós graduação por região de saúde. Fortaleza, 2022	257
Tabela 14 - Número de instituições de ensino e cursos técnicos, graduações e pós graduação por região de saúde. Região Norte, 2022	258
Tabela 15 - Número de instituições de ensino e cursos técnicos, graduações e pós graduação por região de saúde. Fortaleza, 2022	259
Tabela 16 - Número de instituições de ensino e cursos técnicos, graduações e pós graduação por região de saúde. Fortaleza, 2022	259
Tabela 17 - Número de instituições de ensino e cursos técnicos, graduações e pós graduação por região de saúde. Fortaleza, 2022	260
Tabela 18 - Cenário de gestão da Educação Permanente em Saúde no Ceará. Fortaleza, 2022	263
Tabela 19 - Serviços SESA com certificação - Outubro de 2023	290
Tabela 20 - Fonte de Recursos	319

Tabela 21 - Fonte de Recursos FUNDES	321
Tabela 22 - Limite Orçamentário - Fonte SUS - LOA 2024	322
Tabela 23 - Recursos orçamentários previstos para o ano de 2024	323
Tabela 24 - Recursos Fonte 500	327
Tabela 25 - Recursos Fonte 600	327
Tabela 26 - Recursos Fonte 601	327
Tabela 27 - Recursos Fonte 602	327
Tabela 28 - Recursos Fonte 603	328
Tabela 29 - Recursos Fonte 605	328
Tabela 30 - Recursos Fonte 622	328
Tabela 31 - Recursos Fonte 631	328
Tabela 32 - Recursos Fonte 634	329
Tabela 33 - Recursos Fonte 636	329
Tabela 34 - Recursos Fonte 659	329
Tabela 35 - Recursos Escola de Saúde Pública – ESP	329
Tabela 36 - Recursos Programa 174	330
Tabela 37 - Recursos Programa 421	330
Tabela 38 - Recursos Programa 423	331

Lista de Siglas e Termos

ACS	Comunitários de Saúde
ADS	Áreas Descentralizadas de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
ATT	Acidentes de Transporte Terrestre
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BSC	Balanced Scorecard
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAGECE	Companhia de Água e Esgoto do Ceará
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CORAC	Coordenadoria de Monitoramento, Avaliação e Controle do Sistema de Saúde
CEASF	Célula de Assistência Farmacêutica
CEAST	Célula de Avaliação de Tecnologias em Saúde
CEDIM	Célula de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEPOP	Célula de Atenção à Saúde das Comunidades Tradicionais e Populações Específicas
CEPRI	Célula de Atenção Primária e Promoção à Saúde
CEREM	Célula de Emergências em Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
10CES	10º Conferência Estadual de Saúde
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CESPIRAS	Coordenação Estadual de Segurança do Paciente e de Prevenção e Controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

CEVAM	Célula de Vigilância em Saúde Ambiental
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPS	Comitês Intersectoriais de Promoção da Saúde
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CIT	Centros de Terapia Intensiva
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAPS	Coordenadora de Atenção Primária à Saúde
COEXE	Coordenadoria de Execução de Compras
COEPS	Coordenadoria de Políticas de Educação, Trabalho e Pesquisa em Saúde
COGEP	Coordenadoria de Gestão Estratégica e Desenvolvimento de Pessoas
COIMU	Coordenadoria de Imunização
COLOB	Coordenadoria de Logística de Recursos Biomédicos
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COPLA	Coordenadoria de Planejamento de Compras
COSEMS	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará
COVEP	Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde
COVIS	Coordenadoria de Vigilância Sanitária
CPN	Centros de parto normal
CV	Cobertura vacinal
DDA	Doença Diarreica Aguda
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DDA	Doenças Diarreicas Agudas
DO	Declaração do Óbito
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente

EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
EMEC	Sistema de Regulação do Ensino Superior
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESP	Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues
FUNDES	Fundo Estadual de Saúde
GIF	Grau de Incapacidade Física
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
HELV	Fortaleza Hospital Estadual Leonardo da Vinci
HGCC	Hospital Geral Dr. César Cals
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HGWA	Hospital Geral Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara
HIAS	Hospital Infantil Albert Sabin
HM	Hospital de Messejana Dr. Alberto Studart Gomes
HPP	Hospitais de Pequeno Porte
HRC	Hospital Regional do Cariri
HRN	Hospital Geral Sobral Hospital Regional Norte
HRSC	Hospital Regional do Sertão Central
HRVJ	Hospital Regional Vale do Jaguaribe
HSJ	Hospital São José de Doenças Infecciosas
HSMM	Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICT	Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará

ISGH	Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LACEN	Laboratório Central
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LNC	Lista de Notificação Compulsória
LV	Leishmaniose Visceral
MDDA	Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleos de Estimulação Precoce
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância
NEMEPS	Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde
NUREPS	Núcleos Regionais de Educação Permanente em Saúde
OM&A	Oficinas de Monitoramento e Avaliação dos Planos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PE	Plano Estratégico
PEA	Pessoas Economicamente Ativas
PEAF	Política Estadual de Assistência Farmacêutica
PES	Plano Estadual da Saúde
PESMAD	Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas
PEAO	População Economicamente Ativa Ocupada
PFA	Paralisia Flácida Aguda

PIA	População em Idade Ativa
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
POEPS-CE	Política Estadual de Promoção da Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPL	Pessoas Privadas De Liberdade
PRI	Planejamento Regional Integrado
PSF	Programa Saúde da Família
PSR	Plano de Saúde Regional
PQT-U	Poliquimioterapia Única
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REMUME	Relações Municipais de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RESME	Relação Estadual de Medicamentos
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMME	Razão de Mortalidade Materna Específica
RESE	Rede Estadual Saúde Escola
RNSG	Rede Nacional de Sequenciamento Genético
RT-PCR	Reação de Transcriptase combinada com a Reação em Cadeia da Polimerase
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAA	Sistemas de Abastecimento
SAC	Soluções Alternativas Coletivas
SAI	Solução Alternativa Individual
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Semana Epidemiológica
SEAPS	Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde

SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SEMS	Superintendência Estadual do Ministério da Saúde
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SEAFI	Secretaria Executiva Administrativo Financeira
SEVIG	Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
SIVEP	Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMAPS	Saúde Mental e Atenção Psicossocial
SRS	Superintendências Regionais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
TB	Tuberculose
TCU	Tribunal de Contas da União
UAA	Unidades de Acolhimento Adulto
UAI	Unidades de Acolhimento Infante Juvenil
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UCO	Unidade Coronariana
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VIGIAGUA	Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
VIGIAR	Programa de Vigilância em Saúde Ambiental de Populações Expostas à Poluição do Ar
VIGIDESASTRES	Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos associados aos Desastres
VIGIPEQ	Programa de Vigilância em Saúde de Populações Expostas A Contaminantes Químicos
VISA	Vigilância Sanitária

VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
VOC	Variantes de Preocupação
VOI	Variantes de Interesse
VSPEA	Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos
VSR	Vírus Sincial Respiratório

Sumário

Mensagem da Secretária da Saúde do Estado do Ceará	23
Identificação	24
Secretaria da Saúde	25
Informações da Gestão	25
Fundo de Saúde	25
1. Introdução	26
1.1. Metodologia de elaboração do Plano Estadual de Saúde	28
1.2. Identidade Organizacional	37
1.3. Cadeia de Valor	40
1.4. Estrutura Organizacional da Sesa	41
1.5. Conselho Estadual da Saúde do Ceará	60
1.6. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE)	69
2. Análise Situacional de Saúde	70
2.1 Perfil Demográfico, Socioeconômico e Cultural	70
2.1.1 Área Territorial	70
2.1.2 População, por sexo	70
2.1.3 Educação	70
2.1.4 Saneamento	72
2.1.5 Trabalho e Rendimento	75
2.1.6 Segurança Pública	77
2.1.7 Saúde	79
2.2. Panorama da Vigilância em Saúde	98
2.2.1. Vigilância Epidemiológica	98
2.2.2. Vigilância Sanitária	136
2.2.3. Vigilância em Saúde Ambiental	138
2.2.4. Vigilância em Saúde do Trabalhador	145
2.2.5. Serviço de Verificação de Óbito Dr. Rocha Furtado (SVO)	151
2.2.6. Vigilância Laboratorial	154
2.2.7. Imunização	159
2.3. Panorama da Atenção à Saúde	166
2.3.1. Atenção Primária à Saúde	166
2.3.2. Atenção Secundária (Atenção Especializada)	174
2.3.3. Atenção Terciária (Alta Complexidade)	181
2.3.4. Redes Temáticas de Atenção à Saúde	187
2.3.5. Integração das Redes de Atenção e Saúde Bucal	212

2.3.6. Sistema de Regulação do Estado	217
2.3.7. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	219
2.3.8. Perfil do Setor Complementar	221
2.4. Panorama das Políticas de Saúde no Estado do Ceará	224
2.4.1. Política Estadual de Incentivo Hospitalar	226
2.4.2. Política Estadual de Doação e Transplantes	228
2.4.3. Política Estadual de Promoção de Saúde (POEPS)	230
2.4.4. Política Estadual de Assistência Farmacêutica (PEAF)	237
2.4.5. Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PESMAD)	243
2.4.6. Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS)	248
2.5 Gestão do Trabalho	252
2.6 Educação na Saúde	255
2.6.1. Região Fortaleza	256
2.6.2. Região Norte	257
2.6.3. Região Cariri	258
2.6.4. Região Sertão Central	259
2.6.5. Região Litoral Leste/Jaguaribe	259
2.7 Dimensão da Participação Social e Cidadã	264
2.7.1. Encontros Regionais do Plano Plurianual 2024-2027	264
2.7.2. 10º Conferência Estadual da Saúde	268
2.7.3. Ouvidoria	272
3. Dimensão do Planejamento Regional	274
3.1. A regionalização e o processo de elaboração dos Planos de Saúde Regionais (PSR)	274
3.2. Caracterização dos Entes e da Região de Saúde	277
3.2.1 Região de Saúde de Fortaleza	278
3.2.2 Região de Saúde do Cariri	279
3.2.3 Região de Saúde do Sertão Central	280
3.2.4 Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe	281
3.2.5 Região de Saúde de Sobral	282
3.3. Prioridades Sanitárias de Saúde por Região	283
4. Governança e Gestão	288
4.1. Sistema de Governança Estadual	288
4.2. Gestão da Qualidade	289
5. Critérios de Alocação de Transferências de Recursos	291
5.1. Política Estadual de Incentivo Hospitalar (PEIH)	291
5.1.1. Metas de Atendimento dos Hospitais Polo, para 2023 e 2024.	291

5.1.2. Metas de Atendimentos dos Hospitais Estratégicos, para 2023 e 2024	299
5.1.3. Previsão de Custeio Mensal dos Hospitais Polo	301
5.1.4. Previsão de Custeio Mensal dos Hospitais Estratégicos	313
5.1.5. Contrapartida do Tesouro Estadual para Custeio dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP)	314
5.2. Programa Cuidar Melhor	316
6. Financiamento do Plano Estadual de Saúde	319
6.1 Financiamento SUS	319
6.2. Recursos Orçamentários - PPA 24-27 e PLOA 24	320
7. Mapa Estratégico Sesa 2024-2027	332
8. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI)	333
9. Harmonização com o Plano Plurianual (PPA)	348
10. Projetos e Planos de Ação	359
11. Matriz de Coerência com as Demandas da Sociedade	367
12. Monitoramento e Avaliação	372
13. Referências	374
14. Resolução de Aprovação do PES 24-27	377

Mensagem da Secretária da Saúde do Estado do Ceará

Tendo como missão promover a saúde e o bem-estar das pessoas, o Governo do Ceará, por meio da Secretaria da Saúde do Estado (Sesa), tem empregado esforços para ampliar e qualificar os serviços prestados à população cearense. Além de visar ao aprimoramento da assistência, a atuação da gestão estadual também volta-se à modernização dos equipamentos de saúde e à valorização dos profissionais que compõem as diferentes áreas administrativas e assistenciais da Rede Sesa.



Partindo de uma análise técnica e humanizada, a Secretaria pôde identificar, ao longo dos anos, as principais necessidades dos pacientes da rede pública e os desafios impostos para a melhoria do atendimento. A elaboração do Plano Estadual de Saúde cumpre, portanto, um importante papel para sistematizar a análise situacional da saúde, o desenvolvimento de políticas, a coordenação de serviços e o direcionamento de recursos.

O documento tem, ainda, o objetivo de integrar ações preventivas, programas de saúde e estratégias que permitem uma resposta assertiva às reais demandas da saúde pública do Ceará. Para isso, levamos em consideração características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas do nosso Estado, a fim de realizar o planejamento das ações de saúde de maneira eficiente, personalizada e transparente. Ao apresentar indicadores, metas, objetivos e ações estratégicas, o Plano fornece informações essenciais à sociedade, permitindo que os cidadãos compreendam as diretrizes e prioridades estabelecidas para a Saúde do Estado. Torna-se, portanto, imprescindível para a transparência na execução das políticas de saúde, ao propiciar a participação social e a construção de uma gestão mais democrática.

Temos como prioridade garantir o acesso universal, integral e equitativo ao Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, investimos no fortalecimento da Regionalização da Saúde do Ceará, processo que consiste na organização e articulação de ações e serviços em cinco regiões do Estado e dezessete Áreas Descentralizadas de Saúde. Ao estruturar a assistência com base na realidade local, o projeto reduz barreiras geográficas, possibilitando, com maior agilidade, atendimento especializado e de urgência à população. Destaco a abertura dos serviços de Politrauma e de Oncologia no Hospital Regional do Vale do Jaguaribe (HRVJ) como projetos exitosos que se concretizaram.

Diante da premissa de otimizar e organizar o acesso aos serviços de saúde, a Sesa vem implementando medidas com foco no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, porta prioritária de entrada no SUS. É nela que conseguimos realizar a prevenção de doenças e a promoção da saúde, identificando problemas de forma precoce e atuando no controle de fatores de risco para o estímulo a hábitos de vida saudáveis.

Já na Atenção Terciária, nível mais especializado para o tratamento de doenças ou condições de saúde de alta complexidade, a Sesa realiza ações com o intuito de reduzir o tempo de espera por internações, cirurgias e tratamentos. Houve, em 2023, o lançamento do Plano Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas, que possibilitou a realização de mais de 50 mil procedimentos cirúrgicos no Estado, e a aprovação do Plano Estadual de Atenção à Oncologia.

Para que possamos avançar, precisamos concentrar esforços na promoção da saúde e garantir a continuidade do cuidado. Diversos atores desempenham papéis fundamentais na gestão da saúde pública e contribuem para assegurar o funcionamento e a qualidade dos serviços. Devemos, portanto, trabalhar em parceria e de forma integrada para gerar mudanças concretas e duradouras.

Estamos comprometidos em ouvir as demandas da sociedade, implementar ações eficazes e avaliar continuamente nossos resultados para melhor servir à população. Como Secretária da Saúde do Ceará, carrego a missão de promover ações positivas para, cada vez mais, elevar a qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde oferecidos a todos os cearenses.

Tânia Mara Silva Coelho

Secretária da Saúde do Estado do Ceará

Identificação

Secretaria da Saúde

Nome do Órgão	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Número CNES	2794179
CNPJ	079.545.710.001-04
CNPJ da Mantenedora	079.545.710.001-04
Endereço	Av. Almirante Barroso, 600, Praia de Iracema, Fortaleza, Ceará - CEP: 60060-440
Email	planejamento@saude.ce.gov.br
Telefone	(085) 3101-5165

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Data da consulta: 27/11/2023.

Informações da Gestão

Governador(a)	Elmano de Freitas da Costa
Secretário(a) de Saúde em Exercício	Tânia Mara Silva Coelho
E-mail secretário(a)	tania.coelho@saude.ce.gov.br
Telefone secretário(a)	(085) 3101-5126

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Data da consulta: 27/11/2023.

Fundo de Saúde

Instrumento de criação	Lei nº 12.192/1993
Data de criação	25/10/1993
CNPJ	74.031.865/0001-51
Natureza Jurídica	Fundo Público da Administração Direta Estadual ou do Distrito Federal
Nome do Gestor do Fundo	Tânia Mara Silva Coelho

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) Data da consulta: 27/11/2023

1. Introdução

O Plano Estadual de Saúde, enquanto Instrumento Central de Planejamento, explicita os compromissos para a Gestão do SUS do Estado para o período de 2024-2027, alinhando-se a missão de: **Promover a Saúde e o bem-estar das pessoas, implementado políticas públicas pautadas na universalidade, integralidade e equidade.**

Respaldado pela legislação por meio da Lei nº 8.080/1990, Decreto nº 7.508/2011, Lei Complementar nº 141/2012 e a Portaria de Consolidação nº 01/2017, configura-se como base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do Sistema de Saúde do Estado.

O presente Plano, **aprovado por meio da Resolução nº 08/2024 do Conselho Estadual de Saúde (Cesau) do Ceará**, utilizou no processo de formulação as bases propositivas, das quais cabe citar: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, Plano Estadual de Longo Prazo, Diretrizes Regionais do Planejamento Participativo, 10ª Conferência Estadual de Saúde, Análise de Contexto e ideias e Análise da Situação de Saúde do Estado.

Ressalta-se o Planejamento Participativo com a realização de 14 Encontros Regionais, na conformidade da regionalização de planejamento do Estado, tendo ocorrido em duas etapas, presencial e virtual por meio da plataforma digital.

O instrumento tem o intuito de orientar a gestão do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará enquanto agenda estratégica, alinhando-se às perspectivas: Resultados para a sociedade, Desenvolvimento Institucional e Processos, Aprendizado, Crescimento e Inovação, Governança e Sustentabilidade Econômica e Financeira.

O Plano está organizado em dois volumes, conforme conteúdos de sua estrutura. O **Volume 1 - Contexto social, sanitário e de gestão**, trata da parte teórica do plano composta da base legal que fundamenta todo o processo de planejamento no âmbito do SUS e a definição da identidade organizacional da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa) que traduz o propósito da gestão e compromisso com a sociedade, declarada

em sua visão de futuro. O volume apresenta ainda a Análise de Situação de Saúde do Estado, especificando seu perfil demográfico, socioeconômico e cultural, o panorama da vigilância em saúde, da atenção à saúde, da assistência à saúde, da gestão do trabalho, da educação na saúde e das políticas de saúde estaduais e os desafios da gestão. Destaca-se neste volume um breve contexto da participação social e cidadã como resultado dos encontros regionais do planejamento participativo para elaboração do Plano Plurianual (PPA), da Conferência Estadual de Saúde e ainda, das demandas registradas na Ouvidoria, enquanto canal de escuta da sociedade.

Cabe mencionar, que o volume tem um capítulo dedicado aos Planos Regionais de Saúde (PSR) com breve histórico do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) destacando as prioridades sanitárias de cada região de saúde e a caracterização dos entes e do território.

Por fim, o volume 1 traz um capítulo dedicado ao sistema de governança estadual, ressaltando a estratégia de adoção das boas práticas da Qualidade para melhoria operacional e de gestão, os critérios de alocação de recursos, o financiamento do SUS e os recursos orçamentários programados para 2024, com estimativa para os próximo quatro anos.

No **Volume 2 - Agenda Estratégica**, apresentamos o Mapa Estratégico de acordo com a metodologia *Balanced Scorecard (BSC)* que organiza os objetivos por perspectiva e se constitui na estrutura do Plano Estratégico da Sesa. Em seguida apresentamos a Matriz de Coerência que alinha os compromissos da gestão expressos nos Planos Estratégicos para o próximo quadriênio e as demandas da sociedade oriundas da participação cidadã nos encontros regionais do PPA e da 10ª Conferência Estadual de Saúde.

A Matriz de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, conhecida como Matriz DOMI, estrutura os objetivos por diretriz estratégica, e visa nortear as iniciativas da gestão para o alcance dos resultados e melhor governança das ações e serviços de saúde. Nela são declaradas as metas para os próximos quatro anos e seus respectivos indicadores para monitoramento da estratégia. Para assegurar o alinhamento com o plano de governo e a harmonização com o PPA, o volume discorre sobre sua

estrutura e a agenda estratégica, finalizando o documento com a declaração de todos os planos de ação e projetos prospectados para o período de forma a orientar as práticas de gestão e embasar o processo de monitoramento dos planos. Em 2022 a Sesa adotou o modelo de oficinas de monitoramento quadrimestral, de forma participativa e ampliada, com ênfase no cumprimento da agenda estratégica.

1.1. Metodologia de elaboração do Plano Estadual de Saúde

Os Planos Estratégicos da Sesa foram elaborados de forma participativa e colaborativa, com ampla representação das lideranças e técnicos da Sesa, unidades de saúde, CESA, COSEMS e SEMS.

Cabe destacar que, de forma inovadora, a Sesa adotou, neste exercício, um modelo de elaboração dos três planos estratégicos - Plano Estadual de Saúde, Plano Plurianual e Plano Estratégico - de forma integrada e concomitante, respeitando a metodologia específica de cada instrumento. O processo se deu em quatro oficinas presenciais com apoio do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS, por meio do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC).

Cada OT contava com palestras para alinhamento conceitual dos participantes, compartilhamento de informações e dados técnicos, como também dispunha de trabalhos em grupos para construção coletiva dos Planos Estratégicos.

Quadro 1 - Cronograma das Oficinas de Trabalho do Planejamento Estratégico

Data	Local	Produto
5 e 6 de junho	Escola de Saúde Pública do Ceará	- Macroproblemas e diretrizes estratégicas identificadas. - Análise de Situação de Saúde elaborada, a partir da identificação das necessidades de saúde da população, do diagnóstico das regiões de saúde, da análise da Capacidade Institucional da SESA e das Redes de Atenção à Saúde. - Objetivos estratégicos definidos.
27 e 28 de junho	Escola de Saúde Pública do Ceará	- Missão, Visão e Valores da SESA definidos e validados - Análise do Ambiente Interno e Externo - Mapa Estratégico da Sesa elaborado

Data	Local	Produto
23 e 24 de agosto	Meridional Convenções Center	• Indicadores do mapa estratégico validados • Plano de Ação elaborado, por objetivo estratégico
21 e 22 de setembro	Escola de Saúde Pública do Ceará	• DOMI validada • Alinhamento das demandas da sociedade com a agenda estratégica

Para condução das Oficinas de Trabalho (OT) foi estruturado Grupo Condutor (GC) com representantes das Secretarias Executivas e Escola de Saúde Pública, sob a liderança da CODIP. Cada Oficina contou com programação e Guia de Orientações Básicas (GOB) definidos a partir de ampla discussão com os membros do GC e da Secretária Executiva de Planejamento e Gestão Interna. Foram disponibilizadas 200 vagas para os participantes sendo que 271 compareceram na OT1, 236 na OT2, 205 na OT3 e 143 na OT4. Cabe mencionar que o público-alvo da OT4 compreendeu as lideranças do nível central da Sesa e Cesau. As indicações dos participantes partiram de cada Secretaria Executiva e instituição convidada. Foram convidadas as seguintes instâncias: lideranças e técnicos da Sesa do nível central e das regiões de saúde, das unidades de saúde e da Escola de Saúde Pública do Ceará, representantes do Conselho Estadual de Saúde (CESAU), Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS) e Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (SEMS).

Os grupos de trabalho foram compostos por pessoas de diferentes áreas de atuação para garantir um olhar plural sobre todas as temáticas. Cada grupo debateu sobre um tema específico definido previamente: Atenção à Saúde - Regionalização; Atenção à Saúde - Assistência à Saúde; Vigilância em Saúde; Governança e Gestão; Educação Permanente e Tecnologias em Saúde. Os produtos das discussões foram validados em plenária.

Cada grupo contou com 2 moderadores(as), 1 coordenador(a), 1 relator(a), 1 apoio logístico e 1 apoio tecnológico. O objetivo era aprofundar o tema em questão, garantir a participação de todos, zelar pela qualidade de seus trabalhos e cumprir com os horários estabelecidos. Cabia aos

participantes do grupo eleger o relator(a) e o(a) coordenador(a) que tinham os seguintes papéis:

- **Coordenador:** deve garantir o direito à palavra a todos os participantes que desejem se pronunciar, orientar o foco das discussões e controlar o tempo que o grupo dispõe para executar as atividades, como também deve apresentar em plenária o produto da discussão do grupo.
- **Relator:** deve registrar no ferramental os produtos das discussões do grupo respeitando as opiniões e propostas dos participantes.

O processo de elaboração dos Planos Estratégicos contou com uma etapa de orientação às Unidades de Saúde, por meio do repasse de metodologia, para construção dos seus planos estratégicos, considerando toda análise e discussões que foram compartilhadas durante as Oficinas, de forma que os equipamentos de saúde pudessem direcionar suas estratégias para contribuir com o avanço da saúde pública no Estado, tendo por base a Análise de Situação de Saúde, as demandas da sociedade e o contexto da rede de atenção à saúde no Estado. Desta forma, cada Unidade, a partir do exercício metodológico nas OTs, desdobrou em suas estruturas a construção do plano estratégico, definindo missão, visão, valores, mapa estratégico, indicadores e metas, contribuindo para o fortalecimento do SUS no Estado. Cada Unidade de Saúde elegeu um representante do planejamento que ficou com o papel de conduzir a metodologia no nível local, junto às lideranças e equipe.

A seguir, de forma concisa apresentaremos a metodologia das Oficinas de Trabalho (OT) que foram desenvolvidas com o apoio do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC).

Oficina de Trabalho 1:

Teve como objetivo identificar os macroproblemas e as diretrizes estratégicas da Saúde no Estado, levando em conta o estágio do Projeto de Regionalização que estava em fase de conclusão no período. Todos os Planos de Saúde Regionais foram concluídos entre julho e agosto de 2023, com Resolução de Aprovação da Comissão Intergestores Regional (CIR) .

Inicialmente foi trabalhado a identificação dos PROBLEMAS, por meio de uma reflexão em dupla com base na pergunta norteadora e na leitura do material de subsídio: análise de situação de saúde regional, conteúdo apresentado em plenária e as prioridades de governo. O coordenador orientou o processo e cada dupla apontou até 3 desconfortos ou inquietudes em relação ao contexto sobre o qual se pretende intervir.

As duplas trabalharam com Post Its gerando um painel que deveria ser debatido para gerar o entendimento das ideias compartilhadas. Em seguida foi realizado o agrupamento dos problemas em núcleo de sentido visando a construção de macroproblemas. Após amplo debate os macroproblemas foram elaborados (nome do macroproblema contendo uma descrição que expresse seu sentido e sua carga negativa) de forma consensual. Foi recomendado que se definisse até 3 macroproblemas (para as temáticas 1 e 2) e até 5 macroproblemas (para as temáticas 3, 4 e 5).

A partir de cada macroproblema, o grupo elaborou uma justificativa considerando as causas do macroproblema e possíveis consequências, sempre com foco no resultado e na temática do grupo. Por fim, declarou-se as prioridades sanitárias do Estado considerando as prioridades sanitárias declaradas pelas Regiões de Saúde no Projeto de Regionalização. A validação dos macroproblemas e prioridades sanitárias foi validada em plenária.

Por fim, no segundo dia de OT, baseado nos macroproblemas e prioridades sanitárias, o grupo debateu a declaração da Situação Objetivo (SO), ou seja, os desejos de mudança para constituir as Diretrizes Estratégicas. A elaboração da declaração da Situação Objetivo, tem o intuito de transformar a carga negativa do macroproblema, pensando na situação desejada futura.

Para elaboração da Diretriz Estratégica recomendou-se observar as diretrizes definidas no Plano de Saúde 2020-2023 de forma a analisar se a diretriz deveria permanecer, ser alterada ou se seria redigida nova proposta de diretriz. Após a definição da Diretriz, o grupo seguiu para a definição dos Objetivos Estratégicos. É importante destacar que os Objetivos expressam o foco da gestão, o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados. Após a escrita da

diretriz e objetivos, o coordenador fez a leitura de consolidação do trabalho em grupo.

Oficina de Trabalho 2:

O objetivo desta OT consistia em elaborar e/ou revisar a missão, a visão e os valores da Sesa, bem como elaborar o Mapa Estratégico da Sesa, considerando os macroproblemas/situação objetivo e a análise de contexto (SWOT).

A identidade organizacional (Missão, Visão e Valores) foi desenvolvida por grupos de trabalho e por foco. Desta forma, 2 grupos trabalharam a Missão, 2 grupos a Visão e 1 grupo os Valores. O material consolidado foi exposto para validação em plenária.

Para definição da Missão os moderadores entregaram 1 tarjeta para cada subgrupo e o quadro de Definição da Missão. Cada subgrupo respondeu os questionamentos da planilha que visavam fazer um resgate das Situações Objetivos, Diretrizes e Objetivos Estratégicos que foram validados na OT1 para embasar o debate e instigar uma análise sobre a identidade organizacional atual para se definir se seria pertinente propor uma declaração nova de Missão, ou mesma reescrevê-la ou mantê-la.

Ao final do processo, foram propostas 3 definições de Missão pelo grupo que deveria entrar em consenso para eleger uma proposta para plenária mas somente 1 proposta deverá ser levada para validação em plenária. O produto deste movimento deveria ser avaliado a partir dos seguintes critérios: Inspira mudança? Tem longa durabilidade? Tem facilidade de compreensão/comunicação? Se o produto responder positivamente a esses critérios, o grupo validaria a proposta de Missão.

A Visão define o estado futuro almejado e consiste no primeiro passo para o desenvolvimento do planejamento estratégico. Trata-se da situação ideal futura desejada e que é desafiadora, porém alcançável. Para definição da Visão, o coordenador distribuiu 1(uma) tarjeta para cada subgrupo e a planilha de definição da visão. Os participantes receberam a seguinte consigna: “Imaginem que vocês acabaram de acordar e se passaram 4 anos. Vocês têm em mãos uma máquina fotográfica e deverão registrar nas tarjetas as suas impressões sobre o que estão vendo”. Os

participantes tiveram até 10min para pensar individualmente e expressar no grupo suas impressões.

O subgrupo registrou até 5 impressões na planilha e, baseadas nelas, elaboraram a proposta de visão para a Sesa na tarjeta. Ao final do processo, foram elaboradas 3 propostas de Visão, mas somente 1 proposta deveria ser levada para validação em plenária.

Já os Valores se traduzem como um conjunto de conceitos, filosofias e crenças gerais que a instituição respeita, pratica ou deseja implementar na cultura organizacional. Devem corresponder aos atributos e às virtudes prezadas pela SESA e que contribuem para a formação da cultura organizacional.

Como a discussão sobre valores organizacionais perpassa pela compreensão e identificação com valores individuais, a dinâmica iniciou com uma reflexão onde cada participante deveria apontar no FORMS cinco valores que representam a sua essência, quem você é (valores pessoais). Em seguida, foi realizada uma reflexão em grupo para identificar 5 valores que descrevem como a Sesa trabalha (valores organizacionais) e 5 valores que considera os mais críticos para o alto desempenho da Secretaria (valores de ideais organizacionais).

A tarjetas foram organizadas em Valores Organizacionais Atuais e Valores Organizacionais Críticos para Alto Desempenho. Cabia ao grupo consensuar até 5 valores organizacionais para validação em plenária considerando as Situações Objetivos.

O primeiro dia encerrou com a validação da Missão, Visão e Valores com ampla participação em plenária.

No segundo dia de evento foi trabalhado a Análise de Contexto utilizando como ferramenta a análise SWOT ou FOFA (fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças) utilizada para a análise do ambiente interno e externo da organização. É útil para revelar as fortalezas e fraquezas do ambiente institucional e as oportunidades e ameaças do ambiente externo. Possibilita adotar estratégias que busquem o desenvolvimento, o crescimento, a manutenção ou a sobrevivência da

organização. Nesse sentido, o método mostra-se eficaz no início da estruturação do planejamento estratégico como um todo.

A Análise do Contexto foi trabalhada de forma separada nos grupos de trabalho, por ambiente e, posteriormente, validada em plenária. Desta forma, 3 grupos trabalharam o Ambiente Interno e 2 grupos trabalharam o Ambiente Externo. Cada grupo do ambiente interno elencou até 3 forças e 3 fraquezas e os grupos do ambiente externo elencaram 3 Oportunidades e 3 Ameaças. A partir da identificação dos quadrantes, as mais relevantes foram priorizadas em plenária.

Por fim, no período da tarde iniciou-se a discussão para elaboração do Mapa Estratégico da Sesa, estruturado por perspectiva do Balanced Scorecard (BSC), que deve explicitar a estratégia para fazer com que a missão, a visão e os valores sejam verdades praticadas na instituição e que os desafios identificados no diagnóstico situacional sejam superados.

Embora Kaplan e Norton (1997) tenham estabelecido a construção de mapas estratégicos a partir de quatro perspectivas (clientes, financeira, processos e aprendizado e crescimento), para este projeto foram adaptadas e definidas as seguintes perspectivas que melhor representam a estratégia da Sesa, considerando a sua missão, visão e valores:

PERSPECTIVAS DO MAPA ESTRATÉGICO

1. Resultado para a Sociedade
2. Sustentabilidade Econômico-Financeira
3. Governança
4. Desenvolvimento Institucional e Processos
5. Aprendizado, Crescimento e Inovação

Para a construção do Mapa Estratégico, os participantes foram divididos em grupos organizados por Perspectiva do BSC. O coordenador dividiu o grupo em 3 subgrupos. Cada subgrupo focou na definição de Objetivo para a perspectiva de sua temática de grupo, propondo até 3 objetivos nas tarjetas.

As propostas foram discutidas no grupo geral para alcançar o consenso de quais objetivos deveriam ser levados para validação em plenária. Recomendou-se definir até 3 objetivos por perspectiva e, caso

necessário, poderia ser aberto para até 5 objetivos. Os mesmos foram levados para validação em plenária.

A definição do indicador foi realizada pelo grupo em geral e todos os participantes contribuíram com as informações. O coordenador deve conduzir o processo e estimular a participação. Como regra, cada objetivo estratégico deve ser medido a partir de um ou mais indicadores. Recomendou-se que fosse definido no mínimo 1 e no máximo 2 indicadores por objetivo. Cabe ressaltar que o número de indicadores definidos no mapa estratégico é menor que o número de indicadores que compõem a Matriz DOMI (Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores) do Plano Estadual de Saúde.

Oficina de Trabalho 3:

A terceira OT teve como objetivo validar os indicadores do mapa estratégico e iniciar a elaboração dos planos de ação prospectando ações de curto, médio e longo prazo, para cada objetivo de cada uma das perspectivas, delineadas no Mapa Estratégico. Neste momento, os participantes tiveram a oportunidade de analisar as perspectivas e objetivos de desempenho com os seguintes produtos obtidos nas oficinas: diagnóstico situacional, diretrizes e objetivos estratégicos, identidade organizacional, análise de contexto e mapa estratégico.

Desta forma, o moderador do grupo fez um resgate dos produtos gerados na Oficina de Trabalho 2 (OT2), projetando o Mapa Estratégico e os indicadores que foram definidos. Após o resgate dos principais pontos e do que foi possível avançar na oficina anterior, o coordenador conduziu a discussão em grupo, interrogando quais os resultados (meta descritiva) que se pretende alcançar para cada objetivo estratégico. Após relacionar os resultados, foi realizada a leitura dos indicadores propostos na OT2. Os participantes foram interrogados se realmente o indicador irá conseguir medir o resultado que se buscava alcançar.

Os grupos se concentraram no refinamento das propostas dos indicadores e no segundo dia iniciou-se o desenho do Plano de Ação e/ou Projeto Estratégico, com intuito de definir as ações de curto, médio e longo prazo, para cada objetivo de cada uma das perspectivas, delineadas no Mapa Estratégico. A Sesa convencionou o uso de Plano de Ação para as

iniciativas que se configurassem melhoria de programas ou processos que estão em andamento na instituição. Já os Projetos Estratégicos deveriam ser adotados para as iniciativas que se configurassem como implantação ou transformação, ou seja, na perspectiva que algo novo deveria ser adotado e que seu processo teria início, meio e fim.

A ferramenta adotada para construção dos Planos de Ação foi a 5W2HR que corresponde a uma lista de ações definidas previamente e que devem ser desenvolvidas a partir dos objetivos estratégicos delineados no Mapa com foco em Resultado. Para os Projetos Estratégicos a Sesa adota ferramental próprio e tem por base o Guia do PMBOK (Project Management Body Of Knowledge) que traduz as melhores práticas do gerenciamento de projetos.

Os grupos construíram suas propostas, apontando pelo menos 1 Plano de Ação e/ou Projeto Estratégico por perspectiva do Mapa Estratégico. Esse momento se configurou como aprendizado da metodologia para que os demais Planos de Ações e/ou Projetos Estratégicos fossem elaborados posteriormente junto às equipes técnicas da Sesa e do CESAU.

Oficina de Trabalho 4:

A quarta Oficina de Trabalho teve por objetivo a socialização da Matriz de Coerência da Agenda Estratégica com as Demandas da Sociedade, constante no capítulo 12 deste documento, a validação da Linha de Visão - Entregas e percurso para alcance da Visão de Futuro no próximo quadriênio e a socialização da Matriz DOMI (Diretrizes-Objetivos-Metas-Indicadores) do Plano Estadual que expressa os compromissos da gestão para 2024-2027, com metas anualizadas.

A validação destes produtos se deu em plenária, de forma participativa e com a presença da Secretária da Saúde e dos Secretários Executivos.

A construção dos Planos de Ações e/ou Projetos Estratégicos (capítulo 10) foi realizada durante o mês de outubro e validada pela Secretária da Saúde. A Matriz DOMI com as metas anualizadas também passou pela aprovação da alta gestão e consta no capítulo 8.

1.2. Identidade Organizacional

A Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa), criada pela Lei nº 5.427, de 27 de junho de 1961, é um órgão da administração direta do governo estadual responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado, e tem sua base fundamentada em diretrizes constitucionais e na garantia do direito à saúde ao cidadão. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas públicas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196, da Constituição Federal).

As competências da Sesa foram redefinidas pela Lei Nº 18.310, de 17 de fevereiro de 2023, que dispõe sobre o modelo de gestão do poder executivo e aprova o regulamento da setorial.

Art. 23. Compete à Secretaria da Saúde:

- I. formular, regulamentar, executar e avaliar as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS no âmbito do Estado;
- II. promover a governança e coordenar o planejamento do Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito estadual, com vistas à sustentabilidade do SUS e ao alcance dos resultados previstos na legislação e nas diretrizes de governo;
- III. articular e apoiar a organização dos Sistemas Locais de Saúde;
- IV. acompanhar e avaliar a situação da saúde no Estado de forma a subsidiar ações de intervenção para redução de riscos de doenças e de outros agravos e promoção da saúde coletiva;
- V. assegurar a prestação de serviços especializados em saúde, bem como o monitoramento, o controle e a avaliação da rede de atenção à saúde do Estado;
- VI. estimular pesquisas, em parceria com a comunidade científica e instituições de ensino e pesquisa, a fim de subsidiar as políticas de saúde, promover o aprimoramento de práticas e apropriação de novas tecnologias e soluções inovadoras;
- VII. integrar e articular parcerias com a sociedade e outras instituições com vistas ao fortalecimento das ações de saúde;

- VIII. fortalecer o sistema de comunicação em saúde, visando garantir transparência da gestão, participação do controle social e envolvimento da população nas ações de saúde;
- IX. articular ações integradas com os diversos órgãos do governo, de modo a garantir a intersetorialidade das Políticas Estaduais de Saúde;
- X. coordenar, articular, integrar e apoiar, técnica e financeiramente, as ações de assistência em Saúde Mental no âmbito do Estado;
- XI. promover e garantir a integração da rede de serviços das políticas setoriais viabilizando intervenções para tratamento e recuperação do dependente químico e seus familiares, em articulação com o SUS, o SUAS e os demais órgãos federais, estaduais, municipais e em parceria com organizações representativas da sociedade civil;
- XII. promover a educação permanente dos trabalhadores de saúde do Estado, em parceria com as instituições de ensino, para qualificação e atualização dos trabalhadores às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS;
- XIII. coordenar e executar as ações e os serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador;
- XIV. acompanhar e avaliar a prestação de serviços de saúde da rede contratualizada;
- XV. exercer outras competências necessárias ao cumprimento de suas finalidades nos termos do regulamento.

Parágrafo único. O Conselho Estadual de Saúde – Cesau é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura organizacional da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – Sesa, com jurisdição em todo território estadual, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Sua organização e competência é estabelecida por Lei Estadual.

A definição da identidade institucional representa o estágio inicial do planejamento organizacional, entendido como um conjunto de passos onde são identificados a missão, a visão de futuro e os valores institucionais. As organizações públicas têm como destinatário de suas ações os cidadãos,

sujeitos de direitos, e a sociedade, demandante da produção do bem comum, criada para atender a uma necessidade da sociedade. A seguir, apresentamos a Missão, a Visão e os Valores da Sesa para 2024-2027.

MISSÃO

Promover a saúde e o bem-estar das pessoas, implementando políticas públicas pautadas na universalidade, integralidade e equidade.

VISÃO

Ser reconhecida pelas pessoas como instituição de saúde acessível, integrada, sustentável e com excelência.

VALORES

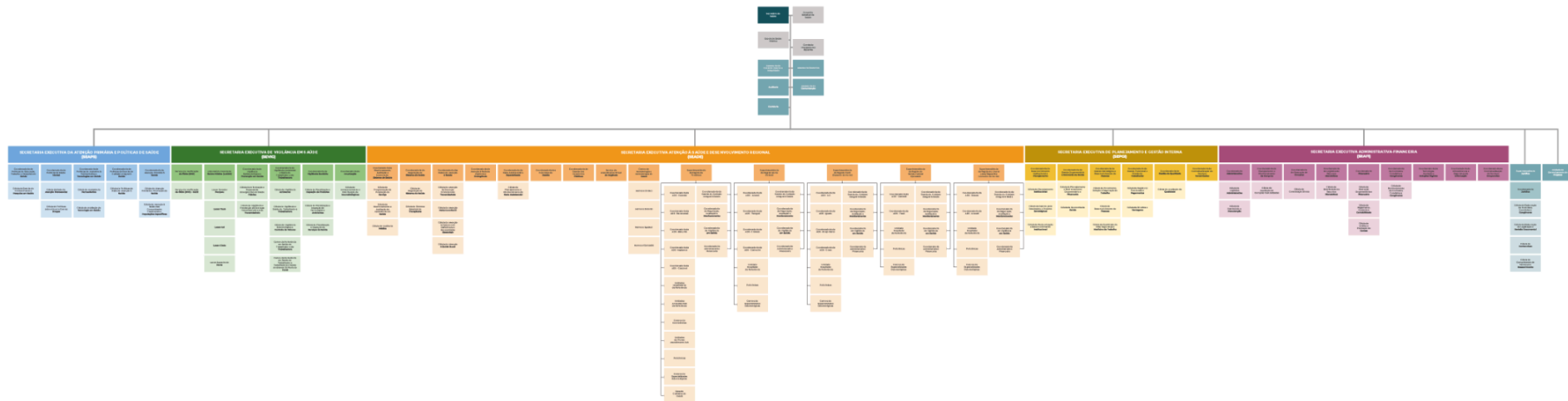
Comprometimento com o SUS; eficiência e sustentabilidade; ética; humanização; inclusão e diversidade; inovação e conhecimento; transparência; valorização das pessoas.

1.3. Cadeia de Valor

A partir da definição da identidade organizacional que traduz o direcionamento estratégico para a gestão, a Sesa consolidou sua cadeia de valor estruturando nos níveis gerencial, finalístico e de apoio, os macroprocessos de trabalho.

GERENCIAIS	Governança institucional	Planejamento e orçamento	Controle e integridade institucional
		Auditoria	Desenvolvimento institucional
FINALÍSTICOS	Gestão das políticas de saúde	Vigilância em saúde	Gestão do conhecimento - educação na saúde, pesquisa, tecnologia e inovação em saúde
		Atenção e assistência à saúde	Regulação do Sistema
APOIO	Gestão de pessoas	Comunicação	Administrativo - financeiro
	Tecnologia da Informação e Comunicação	Jurídico	Logística

1.4. Estrutura Organizacional da Sesa



Acesse o organograma via QRCode:



No tocante à estrutura organizacional da Sesa, disponibilizamos a seguir sua composição de acordo com o Decreto Estadual nº 35.599, de 27 de julho de 2023.

I - DIREÇÃO SUPERIOR

- Secretário da Saúde

II - GERÊNCIA SUPERIOR

- Secretaria Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde
- Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
- Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional
- Secretaria Executiva de Planejamento e Gestão Interna
- Secretaria Executiva Administrativa-Financeira

III - ÓRGÃOS DE ASSESSORAMENTO

1. Assessoria Executiva
2. Assessoria de Controle Interno e Integridade
3. Assessoria de Comunicação
4. Auditoria
5. Ouvidoria

IV - ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO PROGRAMÁTICA

6. Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde
 - 6.1. Célula de Atenção Primária e Promoção da Saúde
 - 6.2. Célula de Atenção à Saúde das Comunidades Tradicionais e Populações Específicas
7. Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde
 - 7.1. Célula de Assistência Farmacêutica
 - 7.2. Célula de Avaliação de Tecnologia em Saúde
8. Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental
 - 8.1. Célula da Rede de Atenção Psicossocial
 - 8.2. Célula de Políticas sobre Álcool e Outras Drogas
9. Coordenadoria de Políticas da Gestão do Cuidado Integral à Saúde
 - 9.1. Célula de Políticas da Rede de Atenção à Saúde
10. Coordenadoria de Políticas de Educação, Trabalho e Pesquisa em Saúde

- 10.1. Célula de Gestão do Conhecimento e Pesquisa em Saúde
- 11. Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde
 - 11.1. Célula de Informação e Resposta às Emergências em Saúde Pública
 - 11.2. Célula de Vigilância e Prevenção de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis
- 12. Coordenadoria de Vigilância Sanitária
 - 12.1. Célula de Fiscalização e Inspeção de Produtos
 - 12.2. Célula de Fiscalização e Inspeção de Tecnologias e Ambientes
 - 12.3. Célula de Fiscalização e Inspeção de Serviços de Saúde
- 13. Coordenadoria de Imunização
 - 13.1. Célula de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos
- 14. Coordenadoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
 - 14.1. Célula de Vigilância Ambiental
 - 14.2. Célula de Vigilância e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
 - 14.3. Célula de Vigilância Entomológica e Controle de Vetores
 - 14.4. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
 - 14.4.1. Unidade Técnica
 - 14.4.2. Centro Administrativo-Financeiro
 - 14.4.3. Secretaria Executiva do Conselho Gestor
 - 14.5. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e Trabalhadora e Saúde Ambiental Zé Maria do Tomé
 - 14.5.1. Divisão Técnica
 - 14.5.2. Divisão Administrativo-Financeira
- 15. Laboratório Central de Saúde Pública
 - 15.1. Divisão da Rede de Laboratórios
 - 15.1.1. Laboratório Regional de Saúde Pública de Senador Pompeu
 - 15.1.2. Laboratório Regional de Saúde Pública de Tauá

- 15.1.3. Laboratório Regional de Saúde Pública de Icó
- 15.1.4. Laboratório Regional de Saúde Pública de Crato
- 15.1.5. Laboratório Regional de Saúde Pública de Juazeiro do Norte
- 15.2. Divisão de Biologia Médica
 - 15.2.1. Centro de Vigilância Epidemiológica
- 15.3. Divisão de Produtos
 - 15.3.1. Centro de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador
- 15.4. Divisão da Qualidade e Biossegurança
 - 15.4.1. Centro de Apoio Técnico
- 15.5. Centro Administrativo-Financeiro
- 16. Centro de Serviço de Verificação de Óbitos Dr. Rocha Furtado
 - 16.1. Divisão Técnica
 - 16.1.1. Unidade de Estudos e Pesquisa
 - 16.1.2. Unidade de Análise e Patologia
 - 16.2. Divisão Administrativo-Financeira
 - 16.2.1. Unidade de Finanças
 - 16.3. Centro de Serviço de Verificação de Óbitos Cariri
 - 16.3.1. Unidade Técnica
 - 16.3.2. Unidade Administrativo- Financeira
- 17. Coordenadoria de Monitoramento, Avaliação e Controle do Sistema de Saúde
 - 17.1. Célula de Programação da Prestação de Serviço
 - 17.2. Célula de Monitoramento e Avaliação da Assistência em Saúde
 - 17.3. Célula de Auditoria Médica
- 18. Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde
 - 18.1. Célula de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis
 - 18.2. Célula de Atenção Materno-Infantil
 - 18.3. Célula de Atenção à Pessoa com Deficiência e Outras Necessidades Essenciais
 - 18.4. Célula de Atenção à Saúde Bucal
- 19. Coordenadoria de Atenção à Rede de Urgência e Emergência
- 20. Coordenadoria da Rede Assistencial e Especializada

- 20.1. Célula de Planejamento e Monitoramento da Rede Assistencial
- 21. Coordenadoria dos Contratos de Gestão
- 22. Coordenadoria de Gestão dos Consórcios Públicos
- 23. Coordenadoria de Regulação do Sistema de Saúde
 - 23.1. Célula de Regulação do Sistema de Saúde
 - 23.2. Célula do Sistema Estadual de Transplante
- 24. Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará
 - 24.1. Unidade de Hemoterapia
 - 24.2. Unidade de Hematologia
 - 24.3. Unidade de Ensino e Pesquisa
 - 24.4. Unidade Administrativo-Financeira
 - 24.4.1. Seção de Desenvolvimento de Pessoas
 - 24.4.2. Seção de Material, Patrimônio e Serviços Gerais
 - 24.5. Centro Regional de Hematologia e Hemoterapia do Crato
 - 24.5.1. Centro Técnico
 - 24.5.2. Seção Administrativo-Financeira
 - 24.6. Centro Regional de Hematologia e Hemoterapia de Sobral
 - 24.6.1. Centro Técnico
 - 24.6.2. Seção Administrativo-Financeira
 - 24.7. Centro Regional de Hematologia e Hemoterapia de Iguatu
 - 24.7.1. Centro Técnico
 - 24.7.2. Seção Administrativo-Financeira
 - 24.8. Centro Regional de Hematologia e Hemoterapia de Quixadá
 - 24.8.1. Centro Técnico
- 25. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
 - 25.1. Gerência da Qualidade e Segurança do Paciente
 - 25.2. Gerência de Comunicação
 - 25.3. Gerência de Tecnologia da Informação e Processamento de Dados
 - 25.4. Diretoria Técnica
 - 25.5. Diretoria de Enfermagem
 - 25.5.1. Núcleo de Material e Esterilização
 - 25.6. Diretoria Administrativo-Financeira

- 25.6.1. Gerência Administrativa
- 25.6.2. Gerência Financeira, Custos e Faturamento
- 25.6.3. Gerência de Suprimentos
- 25.6.4. Gerência de Manutenção de Frotas
- 25.7. Diretoria de Gestão de Pessoas
- 25.8. Diretoria de Educação Permanente
- 26. Superintendência da Região de Fortaleza
 - 26.1. Coordenadoria Administrativo-Financeira SRFOR
 - 26.2. Coordenadoria da Gestão do Cuidado Integral à Saúde SRFOR
 - 26.3. Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Monitoramento SRFOR
 - 26.4. Coordenadoria de Vigilância em Saúde SRFOR
 - 26.5. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Caucaia
 - 26.6. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Maracanaú
 - 26.7. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Baturité
 - 26.8. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Itapipoca
 - 26.9. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Cascavel
 - 26.10. Centro de Saúde Escola Meireles
 - 26.10.1. Centro Administrativo-Financeiro
 - 26.10.2. Setor de Ações Básicas
 - 26.10.3. Seção de Assistência Farmacêutica
 - 26.10.4. Seção de Análises Clínicas
 - 26.11. Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia
 - 26.11.1. Seção Técnica
 - 26.12. Centro Odontológico Tipo I (CEO Centro)
 - 26.12.1. Seção Técnica
 - 26.12.2. Centro Administrativo-Financeira
 - 26.13. Centro Odontológico Tipo II (CEO Joaquim Távora)
 - 26.13.1. Centro Administrativo-Financeira
 - 26.14. Centro Odontológico Tipo III (CEO Rodolfo Teófilo)
 - 26.14.1. Centro Administrativo-Financeira

- 26.15. Instituto de Prevenção do Câncer
 - 26.15.1. Unidade Médico-Assistencial
 - 26.15.1.1. Seção de Pacientes Externos
 - 26.15.1.2. Seção de Anatomia Patológica
 - 26.15.1.3. Seção de Citopatologia
 - 26.15.1.4. Seção de Arquivo Médico e Estatística
 - 26.15.2. Centro Administrativo-Financeiro
 - 26.15.2.1. Seção de Finanças
 - 26.15.2.2. Seção de Desenvolvimento de Pessoas
 - 26.15.2.3. Seção de Material, Patrimônio e Serviços Gerais
- 26.16. Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão
 - 26.16.1. Unidade Médico-Assistencial
 - 26.16.1.1. Seção de Enfermagem
 - 26.16.1.2. Seção de Arquivo Médico e Estatística
 - 26.16.2. Centro Administrativo-Financeiro
 - 26.16.2.1. Seção de Desenvolvimento de Pessoas
 - 26.16.2.2. Seção de Material, Patrimônio e Serviços Gerais
- 26.17. Hospital Geral de Fortaleza
 - 26.17.1. Gerência do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
 - 26.17.2. Gerência da Qualidade e Segurança do Paciente
 - 26.17.3. Diretoria Médica
 - 26.17.3.1. Gerência de Cuidados Cirúrgicos
 - 26.17.3.2. Gerência de Clínica Médica
 - 26.17.3.3. Gerência de Gineco-Obstetrícia
 - 26.17.3.4. Gerência de Neonatologia e Pediatria
 - 26.17.3.5. Gerência de Hemodinâmica e Radiologia Intervencionista
 - 26.17.3.6. Gerência de Emergência
 - 26.17.3.7. Gerência de Ambulatório
 - 26.17.3.8. Gerência de Núcleo Interno de Regulação
 - 26.17.3.9. Gerência de Imagenologia
 - 26.17.3.10. Gerência de Cuidados Críticos
 - 26.17.3.11. Gerência de Cuidados Neurológicos
 - 26.17.3.12. Gerência de Anestesiologia

- 26.17.4. Diretoria Técnica
 - 26.17.4.1. Gerência de Fisioterapia
 - 26.17.4.2. Gerência de Nutrição e Dietética
 - 26.17.4.3. Gerência de Farmácia
 - 26.17.4.4. Gerência de Assistência Social
 - 26.17.4.5. Gerência de Terapia Ocupacional
 - 26.17.4.6. Gerência de Laboratório
 - 26.17.4.7. Gerência de Arquivo Médico e Estatística
 - 26.17.4.8. Gerência de Psicologia
 - 26.17.4.9. Gerência de Epidemiologia
 - 26.17.4.10. Gerência de Atendimento ao Usuário
- 26.17.5. Diretoria Administrativo-Financeira
 - 26.17.5.1. Gerência Administrativo-Financeira
 - 26.17.5.1.1. Núcleo de Faturamento
 - 26.17.5.1.2. Núcleo de Gestão de Pessoas
 - 26.17.5.1.3. Núcleo de Almoxarifado
 - 26.17.5.1.4. Núcleo de Serviços Gerais e Serviço de Transporte
 - 26.17.5.2. Gerência de Hotelaria
 - 26.17.5.3. Gerência de Manutenção, Infraestrutura Predial, Material e Patrimônio
 - 26.17.5.3.1. Núcleo de Manutenção e Reparo
- 26.17.6. Diretoria de Enfermagem
 - 26.17.6.1. Gerência da Central de Material e Esterilização
- 26.17.7. Diretoria de Ensino, Pesquisa e Residência
 - 26.17.7.1. Gerência de Educação Permanente e Residência
- 26.18. Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
 - 26.18.1. Seção de Estudos e Aperfeiçoamento
 - 26.18.2. Seção de Controle de Infecção Hospitalar
 - 26.18.3. Unidade de Preceptorial de Residência Médica
 - 26.18.4. Unidade de Internação
 - 26.18.4.1. Seção de Internação de Pacientes Alcoólicos e de Outras Dependências
 - 26.18.5. Unidade de Pacientes Externos
 - 26.18.6. Diretoria Técnica
 - 26.18.6.1. Centro de Enfermagem

- 26.18.6.2. Centro de Farmácia
- 26.18.6.3. Centro de Nutrição
- 26.18.6.4. Centro de Atendimento Médico-Hospitalar
- 26.18.7. Diretoria Administrativo-Financeira
 - 26.18.7.1. Seção de Finanças
 - 26.18.7.2. Seção de Desenvolvimento de Pessoas
 - 26.18.7.3. Seção de Material e Patrimônio
 - 26.18.7.4. Seção de Almoxarifado
 - 26.18.7.5. Seção de Atividades Gerais e Comunicação Administrativa
 - 26.18.7.6. Seção de Lavanderia e Rouparia
 - 26.18.7.7. Seção de Manutenção e Reparo
- 26.18.8. Diretoria Clínica
- 26.19. Hospital São José de Doenças Infecciosas
 - 26.19.1. Seção de Estudos e Aperfeiçoamento
 - 26.19.2. Seção de Controle de Infecção Hospitalar
 - 26.19.3. Unidade de Preceptoría de Residência Médica
 - 26.19.4. Diretoria Médica
 - 26.19.5. Diretoria Técnica
 - 26.19.5.1. Centro de Patologia Clínica
 - 26.19.5.2. Centro de Imagenologia
 - 26.19.5.3. Centro de Farmácia
 - 26.19.5.4. Centro de Nutrição e Dietética
 - 26.19.5.5. Centro de Arquivo Médico e Estatística
 - 26.19.5.6. Centro de Enfermagem
 - 26.19.5.7. Centro de Assistência Social
 - 26.19.5.8. Centro de Vigilância Epidemiológica
 - 26.19.6. Diretoria Administrativo-Financeira
 - 26.19.6.1. Seção de Finanças
 - 26.19.6.2. Seção de Desenvolvimento de Pessoas
 - 26.19.6.3. Seção de Material e Patrimônio
 - 26.19.6.4. Seção de Atividades Gerais e Comunicação Administrativa
- 26.20. Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
 - 26.20.1. Unidade de Preceptoría de Residência Médica
 - 26.20.2. Diretoria Médico-Assistencial
 - 26.20.2.1. Setor de Fisioterapia e Reabilitação

- 26.20.2.2. Setor de Patologia Clínica
- 26.20.2.3. Setor de Radiologia e Ultrassonografia
- 26.20.2.4. Setor de Terapia Ocupacional
- 26.20.2.5. Unidade de Emergência
- 26.20.2.6. Unidade de Pacientes Externos
- 26.20.2.7. Unidade de Cirurgia Cardiovascular
- 26.20.2.8. Unidade de Cardiologia
 - 26.20.2.8.1. Setor de Terapia Intensiva
 - 26.20.2.8.2. Setor de Hemodinâmica
 - 26.20.2.8.3. Setor de Métodos Eletrográficos
- 26.20.2.9. Unidade de Pneumologia
 - 26.20.2.9.1. Setor de Métodos Complementares
 - 26.20.2.9.2. Setor de Recuperação Intensiva
- 26.20.3. Diretoria Técnica
 - 26.20.3.1. Unidade de Serviço Social
 - 26.20.3.2. Unidade de Enfermagem
 - 26.20.3.2.1. Centro de Cardiologia
 - 26.20.3.2.2. Centro Coronariano
 - 26.20.3.2.3. Centro de Terapia Intensiva
 - 26.20.3.2.4. Centro de Pacientes Externos
 - 26.20.3.2.5. Centro de Esterilização
 - 26.20.3.2.6. Centro de Cirurgia e Material
 - 26.20.3.2.7. Centro de Pneumologia
 - 26.20.3.2.8. Centro de Emergência
 - 26.20.3.3. Unidade de Farmácia
 - 26.20.3.4. Unidade de Nutrição
 - 26.20.3.5. Unidade de Documentação Científica
- 26.20.4. Diretoria Administrativo-Financeira
 - 26.20.4.1. Unidade de Finanças
 - 26.20.4.2. Unidade de Desenvolvimento de Pessoas
 - 26.20.4.3. Unidade de Material e Patrimônio
 - 26.20.4.3.1. Seção de Almoxarifado
 - 26.20.4.3.2. Setor de Manutenção e Reparo
 - 26.20.4.4. Unidade de Serviços Gerais e Comunicação Administrativa
 - 26.20.4.4.1. Seção de Lavanderia e Rouparia
- 26.21. Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira
 - 26.21.1. Seção de Estudos e Aperfeiçoamento

- 26.21.2. Seção de Controle de Infecção Hospitalar
- 26.21.3. Unidade de Preceptoria de Residência Médica em Clínica Médica
- 26.21.4. Unidade de Preceptoria de Residência Médica em Tocoginecologia
- 26.21.5. Unidade de Preceptoria de Residência Médica em Cirurgia
- 26.21.6. Diretoria Médica
 - 26.21.6.1. Centro de Tocoginecologia
 - 26.21.6.2. Centro de Cirurgia
 - 26.21.6.3. Centro de Clínica Médica
 - 26.21.6.4. Centro de Neonatologia
 - 26.21.6.5. Centro de Terapia Intensiva
 - 26.21.6.6. Centro de Ambulatório
 - 26.21.6.7. Centro de Anestesiologia
 - 26.21.6.8. Centro de Imagenologia
- 26.21.7. Diretoria Técnica
 - 26.21.7.1. Centro de Nutrição e Dietética
 - 26.21.7.2. Centro de Farmácia
 - 26.21.7.3. Centro de Arquivo Médico e Estatística
 - 26.21.7.4. Centro de Assistência Social-Médica
 - 26.21.7.5. Centro de Enfermagem
 - 26.21.7.6. Centro de Fisioterapia
 - 26.21.7.7. Centro de Patologia Clínica
- 26.21.8. Diretoria Administrativo-Financeira
 - 26.21.8.1. Unidade de Desenvolvimento de Pessoas
 - 26.21.8.2. Seção de Finanças
 - 26.21.8.3. Seção de Material e Patrimônio
 - 26.21.8.4. Seção de Serviços Gerais e Comunicação Administrativa
 - 26.21.8.5. Seção de Lavanderia e Rouparia
 - 26.21.8.6. Seção de Manutenção e Reparo
- 26.22. Hospital Infantil Dr. Albert Sabin
 - 26.22.1. Seção de Estudos e Aperfeiçoamento
 - 26.22.2. Seção de Controle de Infecção Hospitalar
 - 26.22.3. Unidade de Preceptoria de Residência Médica
 - 26.22.4. Diretoria Médica
 - 26.22.4.1. Centro de Emergência

- 26.22.4.2. Centro de Pacientes de Ambulatório
- 26.22.4.3. Centro de Pacientes Internos
 - 26.22.4.3.1. Seção de Coordenação do Internato
 - 26.22.4.3.2. Seção de Internação A
 - 26.22.4.3.3. Seção de Internação B
 - 26.22.4.3.4. Seção de Internação C
 - 26.22.4.3.5. Seção de Internação D
 - 26.22.4.3.6. Seção de Internação E
- 26.22.4.4. Centro de Cirurgia
- 26.22.4.5. Centro de Anestesiologia
- 26.22.4.6. Centro de Diagnóstico por Imagem
- 26.22.4.7. Centro de Hemoterapia e Quimioterapia
- 26.22.4.8. Centro de Terapia Intensiva Neonatal
- 26.22.4.9. Centro de Terapia Intensiva Pediátrica
- 26.22.5. Diretoria Técnica
 - 26.22.5.1. Setor de Enfermagem
 - 26.22.5.2. Centro de Assistência Social
 - 26.22.5.3. Centro de Fisioterapia
 - 26.22.5.4. Centro de Odontologia
 - 26.22.5.5. Centro de Terapia Ocupacional
 - 26.22.5.6. Centro de Fonoaudiologia
 - 26.22.5.7. Centro de Nutrição e Dietética
 - 26.22.5.8. Centro de Laboratório e Análises Clínicas
 - 26.22.5.9. Centro de Farmácia
 - 26.22.5.10. Seção de Arquivo Médico e Estatística
- 26.22.6. Diretoria Administrativo-Financeira
 - 26.22.6.1. Unidade de Finanças
 - 26.22.6.2. Unidade de Material e Patrimônio
 - 26.22.6.3. Seção de Desenvolvimento de Pessoas
 - 26.22.6.4. Seção de Almoxarifado
 - 26.22.6.5. Seção de Atividades Gerais e Comunicação Administrativa
 - 26.22.6.6. Seção de Limpeza e Rouparia
 - 26.22.6.7. Seção de Manutenção e Reparo
- 26.23. Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar
 - 26.23.1. Núcleo de Preceptoría de Residência Médica, Estudos e Aperfeiçoamento
 - 26.23.2. Diretoria Médico-Assistencial

- 26.23.2.1. Núcleo de Pacientes Internos
- 26.23.2.2. Divisão de Cirurgia Geral
- 26.23.2.3. Divisão de Ginecologia Obstetrícia
- 26.23.2.4. Divisão de Clínica Médica
- 26.23.2.5. Divisão de Neonatologia
- 26.23.2.6. Núcleo de Pacientes Externos
- 26.23.2.7. Divisão de Ambulatório
- 26.23.3. Diretoria Técnica
 - 26.23.3.1. Núcleo de Enfermagem
 - 26.23.3.2. Unidade de Controle de Infecção Hospitalar
 - 26.23.3.3. Divisão de Serviço Social
 - 26.23.3.4. Divisão de Fisioterapia
 - 26.23.3.5. Divisão de Psicologia
 - 26.23.3.6. Divisão de Farmácia
 - 26.23.3.7. Divisão de Nutrição e Dietética
 - 26.23.3.8. Divisão de Arquivo Médico e Estatística
 - 26.23.3.9. Divisão de Diagnóstico por Imagem
 - 26.23.3.10. Divisão de Análises Clínicas e Exames Complementares
- 26.23.4. Diretoria Administrativo-Financeira
 - 26.23.4.1. Núcleo de Finanças
 - 26.23.4.1.1. Unidade de Contas Médicas
 - 26.23.4.2. Núcleo de Gestão do Trabalho
 - 26.23.4.2.1. Unidade de Gestão de Pessoas
 - 26.23.4.3. Núcleo de Material e Patrimônio
 - 26.23.4.3.1. Unidade de Almoxarifado
 - 26.23.4.4. Divisão de Suporte Logístico
 - 26.23.4.4.1. Unidade de Manutenção e Transporte
- 26.24. Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara
- 26.25. Hospital Estadual Leonardo Da Vinci
- 26.26. Casa de Cuidados do Ceará
- 26.27. Centro de Convivência Antônio Justa
 - 26.27.1. Seção Técnica
 - 26.27.2. Seção Administrativo-Financeira
- 26.28. Centro de Convivência Antônio Diogo
 - 26.28.1. Unidade do Memorial Leprosaria Canafístula

- 26.28.2. Seção Técnica
- 26.28.3. Seção Administrativo-Financeira
- 26.29. Unidade de Pronto Atendimento Conjunto Ceará - Porte II
- 26.30. Unidade de Pronto Atendimento Messejana - Porte II
- 26.31. Unidade de Pronto Atendimento Autran Nunes - Porte II
- 26.32. Unidade de Pronto Atendimento José Walter - Porte III
- 26.33. Unidade de Pronto Atendimento Praia do Futuro - Porte III
- 26.34. Unidade de Pronto Atendimento Canindezinho - Porte III
- 26.35. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Caucaia
- 26.36. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de São Gonçalo do Amarante
- 26.37. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Maracanaú
- 26.38. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Baturité
- 26.39. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Itapipoca
- 26.40. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Cascavel
- 26.41. Policlínica Regional de Itapipoca - Tipo I
- 26.42. Policlínica Regional de Pacajus - Tipo I
- 26.43. Policlínica Regional de Baturité - Tipo I
- 26.44. Policlínica Regional de Caucaia - Tipo II
- 26.45. Policlínica Regional de Maracanaú – Tipo II
- 27. Superintendência da Região Norte
 - 27.1. Coordenadoria Administrativo-Financeira SRNOR
 - 27.2. Coordenadoria da Gestão do Cuidado Integral à Saúde SRNOR
 - 27.3. Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Monitoramento SRNOR
 - 27.4. Coordenadoria de Vigilância em Saúde SRNOR

- 27.5. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Acaraú
- 27.6. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Tianguá
- 27.7. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Crateús
- 27.8. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Camocim
- 27.9. Hospital Regional Norte
- 27.10. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Camocim
- 27.11. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Crateús
- 27.12. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Ubajara
- 27.13. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Acaraú
- 27.14. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Sobral
- 27.15. Policlínica Regional de Acaraú - Tipo I
- 27.16. Policlínica Regional de Tianguá - Tipo II
- 27.17. Policlínica Regional de Camocim - Tipo I
- 27.18. Policlínica Regional de Sobral - Tipo II
- 27.19. Policlínica Regional de Crateús - Tipo II
- 28. Superintendência da Região do Cariri
 - 28.1. Coordenadoria Administrativo-Financeira SRSUL
 - 28.2. Coordenadoria da Gestão do Cuidado Integral à Saúde SRSUL
 - 28.3. Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Monitoramento SRSUL
 - 28.4. Coordenadoria de Vigilância em Saúde SRSUL
 - 28.5. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Icó
 - 28.6. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Iguatu
 - 28.7. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Brejo Santo

- 28.8. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Crato
- 28.9. Hospital Regional do Cariri
- 28.10. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Crato
- 28.11. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Juazeiro do Norte
- 28.12. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Brejo Santo
- 28.13. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Iguatu
- 28.14. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Icó
- 28.15. Policlínica Regional de Icó - Tipo I
- 28.16. Policlínica Regional de Iguatu - Tipo II
- 28.17. Policlínica Regional de Brejo Santo - Tipo I
- 28.18. Policlínica Regional de Barbalha - Tipo II
- 28.19. Policlínica Regional de Campos Sales - Tipo I
- 28.20. Policlínica Regional de Crato - Tipo II
- 29. Superintendência da Região do Sertão Central
 - 29.1. Coordenadoria Administrativo-Financeira SRCEN
 - 29.2. Coordenadoria da Gestão do Cuidado Integral à Saúde SRCEN
 - 29.3. Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Monitoramento SRCEN
 - 29.4. Coordenadoria de Vigilância em Saúde SRCEN
 - 29.5. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Canindé
 - 29.6. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Tauá
 - 29.7. Hospital Regional do Sertão Central
 - 29.8. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Quixeramobim
 - 29.9. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Canindé
 - 29.10. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Tauá
 - 29.11. Policlínica Regional de Tauá - Tipo I

- 29.12. Policlínica Regional de Quixadá - Tipo II
- 29.13. Policlínica Regional de Canindé – Tipo I
- 30. Superintendência do Litoral Leste/Jaguaribe
 - 30.1. Coordenadoria Administrativo-Financeira SRLES
 - 30.2. Coordenadoria da Gestão do Cuidado Integral à Saúde SRLES
 - 30.3. Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Monitoramento SRLES
 - 30.4. Coordenadoria de Vigilância em Saúde SRLES
 - 30.5. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Russas
 - 30.6. Coordenadoria da Área Descentralizada de Saúde de Aracati
 - 30.7. Hospital Regional do Vale do Jaguaribe
 - 30.8. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Russas
 - 30.9. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Aracati
 - 30.10. Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Limoeiro do Norte
 - 30.11. Policlínica Regional de Russas - Tipo I
 - 30.12. Policlínica Regional de Aracati - Tipo I
 - 30.13. Policlínica Regional de Limoeiro do Norte - Tipo II

V - ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO INSTRUMENTAL

- 31. Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e Planejamento
 - 31.1. Célula de Planejamento Institucional
 - 31.2. Célula de Modernização e Desenvolvimento Institucional
 - 31.3. Célula de Gestão para Resultados e Projetos Estratégicos
- 32. Coordenadoria de Gestão da Qualidade
 - 32.1. Célula de Avaliação da Qualidade
- 33. Coordenadoria de Gestão Orçamentária e Economia da Saúde
 - 33.1. Célula de Planejamento e Monitoramento Orçamentário e Financeiro

- 33.2. Célula de Economia da Saúde
- 34. Coordenadoria de Gestão Estratégica e Desenvolvimento de Pessoas
 - 34.1. Célula de Provimento, Seleção e Regulação do Trabalho
 - 34.2. Célula de Desenvolvimento de Pessoas
 - 34.3. Célula de Qualidade de Vida, Segurança e Medicina do Trabalho
- 35. Coordenadoria de Gestão Funcional e Direito do Trabalhador
 - 35.1. Célula de Registros Funcionais e Pagamentos
 - 35.2. Célula de Direitos e Vantagens
- 36. Coordenadoria de Contratualização de Serviços Terceirizados
- 37. Coordenadoria de Planejamento e Monitoramento de Compras
- 38. Coordenadoria de Execução de Compras
 - 38.1. Célula de Execução de Compras Administrativas
 - 38.2. Célula de Execução de Compras de Recursos Biomédicos
- 39. Coordenadoria de Logística de Recursos Biomédicos
 - 39.1. Célula de Distribuição de Recursos Biomédicos
- 40. Coordenadoria Administrativa
 - 40.1. Célula de Logística Administrativa
 - 40.2. Célula de Patrimônio e Manutenção
- 41. Coordenadoria Financeira
 - 41.1. Célula de Análise e Prestação de Contas
 - 41.2. Célula de Execução Orçamentária e Financeira
 - 41.3. Célula de Pagamento, Controle e Contabilidade
- 42. Coordenadoria de Tecnologia, Inovação e Soluções Digitais
- 43. Coordenadoria de Infraestrutura e Segurança da Informação
- 44. Coordenadoria de Gestão de Contratos, Convênios e Congêneres
 - 44.1. Célula de Monitoramento de Contratos, Convênios e Congêneres
- 45. Coordenadoria de Contratualização de Serviços Cooperados
- 46. Unidade de Gerenciamento de Projetos

- 47. Superintendência Jurídica
 - 47.1. Coordenadoria Jurídica
 - 47.1.1. Célula de Elaboração de Contratos, Convênios e Congêneres
 - 47.1.2. Célula de Elaboração de Legislação e Revisão Documental
 - 47.1.3. Célula de Contencioso
 - 47.1.4. Célula de Cumprimento de Sentença e Ressarcimento

VI - ÓRGÃOS COLEGIADOS

- Conselho Estadual de Saúde
- Comissão Intergestores Bipartite

VII - ENTIDADE VINCULADA

- Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues

1.5. Conselho Estadual da Saúde do Ceará

O Conselho Estadual de Saúde do Ceará (Cesau/CE) é um órgão colegiado de caráter permanente, fiscalizador e deliberativo, integrante da estrutura organizacional da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), com jurisdição em todo o território estadual.

O Cesau/CE atua na formulação das estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Conforme a Lei nº 17.438, 09.04.2021, de 09 de março de 2021 compete ao Conselho Estadual de Saúde do Ceará:

- I. atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Regional e Estadual de Saúde, na esfera do Governo Estadual, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, de gerência técnica administrativa;
- II. estabelecer diretrizes para elaboração do Plano Estadual de Saúde considerando a realidade epidemiológica do Estado;
- III. garantir a participação das Comissões Regionais de Saúde – CRS do Cesau/CE nas ações de monitoramento e avaliação do Plano Regional de Saúde – PRS;
- IV. garantir, junto à governança das Regiões de Saúde, a participação dos conselheiros membros das Comissões Regionais de Saúde – CRS do Cesau/CE nas reuniões das Comissões Intergestores Regional – CIR, na condição de ouvinte;
- V. estabelecer critérios gerais de controle e avaliação do Sistema Único de Saúde – SUS, com base em parâmetro de cobertura, cumprimento das metas estabelecidas e outros mecanismos, objetivando o atendimento pleno das necessidades de saúde da população;
- VI. fomentar a participação e o controle social na saúde, na pactuação, no acompanhamento, no monitoramento da organização e no funcionamento das Redes de Atenção à Saúde – RAS nas Regiões de Saúde do Ceará/Superintendências do Ceará, por meio das Comissões Regionais de Saúde – CRS do Cesau/CE;

- VII. propor critérios que definam os padrões de qualidade e de resolutividade dos serviços de saúde, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde;
- VIII. propor critérios para as programações e para as execuções financeiras orçamentárias vinculadas aos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação dos recursos;
- IX. apreciar e acompanhar a proposta orçamentária financeira da Secretaria da Saúde e do Fundo Estadual de Saúde e fiscalizar a sua aplicação;
- X. estabelecer diretrizes e critérios quanto à localização, ao credenciamento e ao tipo de unidade prestadora de serviços de saúde, Público, Filantrópico e Privado, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;
- XI. propor e aprovar critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;
- XII. estabelecer critérios para elaboração de convênios, acordos e termos aditivos que se refiram ao SUS;
- XIII. requisitar dados e informações de caráter administrativo, técnico-financeiro, relativo ao SUS, de órgãos ou entidades públicas, privados e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS;
- XIV. aprovar critérios e valores complementares à tabela nacional de remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial, quando necessário;
- XV. estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração nos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
- XVI. analisar e apurar denúncias, responder consultas sobre assuntos pertinentes à saúde, bem como examinar recursos a respeito das deliberações dos colegiados municipais e de outras instâncias deliberativas na área de saúde do Estado;
- XVII. elaborar, alterar e aprovar o Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde do Ceará – Cesau/CE e suas normas de funcionamento;

- XVIII. aprovar ou homologar planos, projetos e convênios, encaminhados pela Comissão Bipartite – CIB ou outro órgão, em assuntos relativos ao SUS e ao processo de descentralização da gestão em saúde;
- XIX. estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar quadrimestralmente o plano de aplicação e prestação de contas, bem como supervisionar e acompanhar a movimentação do Fundo Estadual de Saúde – Fundes;
- XX. promover a educação permanente para o controle social dos membros do Cesau /CE, das Comissões Regionais de Saúde do Cesau/CE, dos Fóruns de Conselheiros das Áreas Descentralizadas de Saúde – ADS e dos Conselhos Municipais de Saúde do Ceará;
- XXI. constituir comissões com a finalidade de promover estudos com vistas à compatibilização de políticas e programas de interesse para a saúde;
- XXII. acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do Estado do Ceará;
- XXIII. articular-se com a Secretaria da Educação, a Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e as Universidades quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais;
- XXIV. participar das comissões de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e a educação permanente dos recursos humanos do SUS, bem assim em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições;
- XXV. convidar entidades, autoridades, cientistas e técnicos, estaduais, nacionais ou estrangeiros, para colaborar em estudos ou participarem de comissões instituídas no âmbito do Cesau/CE;

- XXVI. justificar, junto aos órgãos competentes, por meio de declaração de participação de seus membros durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas;
- XXVII. acompanhar a formação, o desenvolvimento e o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde;
- XXVIII. estabelecer critérios para a realização de Conferências de Saúde, a nível estadual;
- XXIX. garantir a mesma quantidade, nas 5 (cinco) Regiões de Saúde, nas escolhas de representantes e ou delegados para participação em eventos e conferências; e
- XXX. outras atribuições estabelecidas pelas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90 e outras atribuições definidas e asseguradas em atos complementares que se refiram à operacionalidade e à gestão do Sistema Único de Saúde – SUS.

A atuação do Conselho Estadual de Saúde funciona em conformidade com a Lei Federal nº 8.080/90 e 8.142/90, esta última dispõe sobre a participação popular.

A participação da sociedade é garantida na legislação e torna os Conselhos de Saúde uma instância estratégica na proposição, na discussão, no acompanhamento, na deliberação, na avaliação e na fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

Os Conselhos são compostos por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do Governo e de prestadores de serviços de saúde. O CESAUC/CE é composto de 80 assentos, entre titulares e suplentes, respeitando a paridade de 25% de profissionais de saúde, 25% de Governo e prestadores de serviços de saúde, e 50% de usuários. Os Governos devem garantir autonomia para seu pleno funcionamento, sua dotação orçamentária, sua secretaria executiva e sua estrutura administrativa.

Portanto, conforme mencionado no parágrafo anterior, a estrutura do Colegiado compreende:

I. Plenária.

II. Mesa Diretora:

1. Presidente
2. Vice-presidente
3. Secretário Geral
4. Secretário Adjunto

III. Secretaria Executiva:

1. Câmaras Técnicas:

- 1.1. Câmara Técnica de Acompanhamento da Regionalização da Assistência do SUS – Ceará – CANOAS;
- 1.2. Câmara Técnica de Orçamento e Finanças – CTOF;
- 1.3. Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – CTGTES;
- 1.4. Câmara Técnica de Vigilância em Saúde – CTVS;
- 1.5. Câmara Técnica de Monitoramento e Avaliação do SUS - CTMAS.

2. Comissões Intersectoriais:

- 2.1. Comissão Intersectorial em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT;
- 2.2. Comissão Intersectorial de Saúde Mental - CISM;
- 2.3. Comissão Intersectorial da Diversidade dos Sujeitos no SUS - CDSUS;
- 2.4. Comissão Intersectorial da Pessoa com Deficiência e Patologias - CIPDP;
- 2.5. Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher – CISMu.

3. Comissões Permanentes:

- 3.1. Comissão de Comunicação - CCOM;
- 3.2. Comissão Eleitoral - CE.

4. Comissões Regionais de Saúde

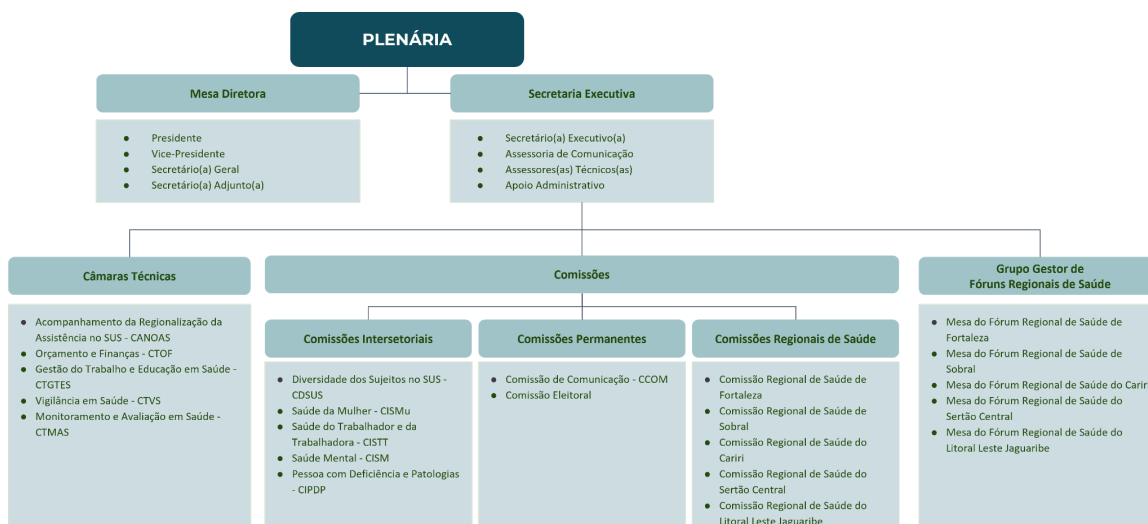
- 4.1. Comissão da Região de Saúde de Fortaleza
- 4.2. Comissão da Região de Saúde de Sobral
- 4.3. Comissão da Região de Saúde do Cariri
- 4.4. Comissão da Região de Saúde do Sertão Central
- 4.5. Comissão da Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe

5. Grupo Gestor de Fóruns Regionais de Saúde

- 5.1. Mesa do Fórum Regional de Saúde de Fortaleza
- 5.2. Mesa do Fórum Regional de Saúde de Sobral

- 5.3. Mesa do Fórum Regional de Saúde do Cariri
- 5.4. Mesa do Fórum Regional de Saúde do Sertão Central
- 5.5. Mesa do Fórum Regional de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe

Organograma do Cesau/CE



O Plenário do Cesau/CE é o fórum de deliberação plena e conclusiva do órgão, composto por todos os conselheiros titulares e respectivos suplentes. O Conselho Estadual de Saúde do Ceará – Cesau/CE realiza reuniões periódicas, sendo obrigatório 12 (doze) encontros por ano e, extraordinariamente, por convocação do seu Presidente ou em decorrência de requerimento da maioria simples.

As Câmaras Técnicas criadas pela Resolução N° 2, de 28 de maio de 2001 são espaços de estudo de matérias e elaboração, pelos seus membros, de pareceres, recomendações e moções a serem submetidos ao Plenário do Cesau. As Câmaras Técnicas são compostas por conselheiros titulares e suplentes, conforme sua disponibilidade e interesse, respeitando a paridade de 50% usuários, 25% de trabalhadores e 25% gestores e prestadores.

As Comissões Intersectoriais, Permanentes e Grupos de Trabalho tem a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas compreendidas no âmbito da Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde – SUS. As Comissões Intersectoriais, de caráter permanente, integram a estrutura do Conselho

Estadual de Saúde do Ceará com objetivo de ampliar a participação de sujeitos sociais, instituições e entidades com atuação no campo da saúde e demais áreas sociais com repercussão nos determinantes sociais da saúde.

Os Fóruns de Conselheiros de Saúde são constituídos nas Regiões de Saúde e integrantes da estrutura do Conselho Estadual de Saúde do Ceará - Cesau. Os Fóruns de Conselheiros de Saúde, constituem-se em espaços democráticos com o objetivo de manter a articulação e informação entre si e a sociedade em geral, com a finalidade de promover o pleno exercício do controle social sobre as políticas públicas, implementadas no âmbito das Regiões de Saúde correspondentes.

Resta positivar que o Cesau/CE manifesta-se por meio de Resoluções, as quais são decisões tomadas após processos de deliberação, consistindo em regras, normas, regimentos e demais reguladores. Resoluções estas, devidamente aprovadas pela plenária e publicizadas no Diário Oficial do Estado - D.O.E, armazenadas no sítio eletrônico: **www.cesau.ce.gov.br**.

Destarte as atribuições e competências do Cesau/CE, bem como suas formas de manifestação e publicização de decisões, o Conselho Estadual de Saúde do Ceará possui agenda estratégica definida para o próximo quadriênio com indicador declarado nos instrumentos de planejamento, ciclo 2024-2027, conforme especificado abaixo:

1. **Diretriz 3:** Fortalecer o Sistema de Governança, a Gestão do SUS e o Controle Social com vistas a dar eficiência e efetividade ao ciclo de implementação das políticas de saúde.
2. **Objetivo Estratégico 3.4:** Promover a participação e controle social fortalecendo a governança e gestão na política pública de saúde.
3. **Meta 3.4.1:** Assegurar a análise dos instrumentos de planejamento do SUS pelos Conselhos de Saúde (municipais e estadual).
4. **Indicador:** Percentual de análises registradas no Digisus

O objetivo do compromisso pactuado é incentivar a realização das análises dos instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema DigiSUS, por parte dos Conselhos Municipais de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, de forma a dar cumprimento ao previsto na Lei complementar nº 141/2012, a Pontaria de Consolidação GM/MS nº 01/2017 e Portaria GM/MS nº 750/2019.

Cabe mencionar que no Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual, exercício 2020-2023, foram acordados e monitorados os seguintes compromissos:

1. Percentual dos conselhos de saúde em pleno funcionamento.
2. Número de eventos realizados.
3. Número de Comissões Regionais de Saúde implantadas.
4. Conselho de política pública estruturado.

Outro aspecto importante a ser frisado, é que o Conselho Estadual de Saúde do Ceará, tornou-se pioneiro na utilização e aplicação do instrumento denominado Diagnóstico dos Conselhos Municipais de Saúde, objetivando alimentar o banco de dados do colegiado, suprir o planejamento de assessoria aos Conselhos Municipais de Saúde, acarretando adequações na sua Estrutura, Organização e Funcionamento.

Dessa maneira, vociferaram-se também as necessidades de interação com os conselheiros, na perspectiva de facilitar para uma visão crítica da situação do conselho, frente às dificuldades de participação e entendimento dos instrumentos de planejamento em saúde e como forma de capacitá-los acerca das políticas do SUS e do controle social.

Neste horizonte de compreensão, o Conselho Estadual de Saúde do Ceará - Cesau/CE, também registrou contribuições nas diversas áreas temáticas transversais a saúde, por meio de eventos, oficinas, audiências, Encontros, Seminários, Rodas de Conversa, Lives, entre outros, conforme discriminado em seguida: Oficina DigiSUS para conselhos de saúde, Live sobre a 4ª Conferência Estadual de Saúde Mental, Seminário dos Consórcios Públicos de Saúde, Live sobre a prevenção ao câncer de próstata, Roda de Conversa sobre as

conferências de saúde, Encontro Estadual da Diversidade dos Sujeitos do SUS, Live sobre o Setembro Amarelo, Audiência Pública sobre o Concurso Público do Dr. José Frota, Seminário Estadual de Monitoramento dos Planos Regionais de Saúde nas Superintendências Regionais de Saúde, Seminários de Comunicação para o Controle Social, I Encontro Estadual de Usuários da RAPS, I Encontro Estadual das Mesas dos Fóruns Regionais de Saúde e I Seminário Estadual da Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher.

O Conselho Estadual de Saúde do Ceará (Cesau) conta com uma assessoria de comunicação, setor responsável pelo planejamento e execução de projetos e ações estratégicas que visam promover o fortalecimento da imagem e credibilidade do órgão perante os conselheiros, a imprensa e a sociedade em geral.

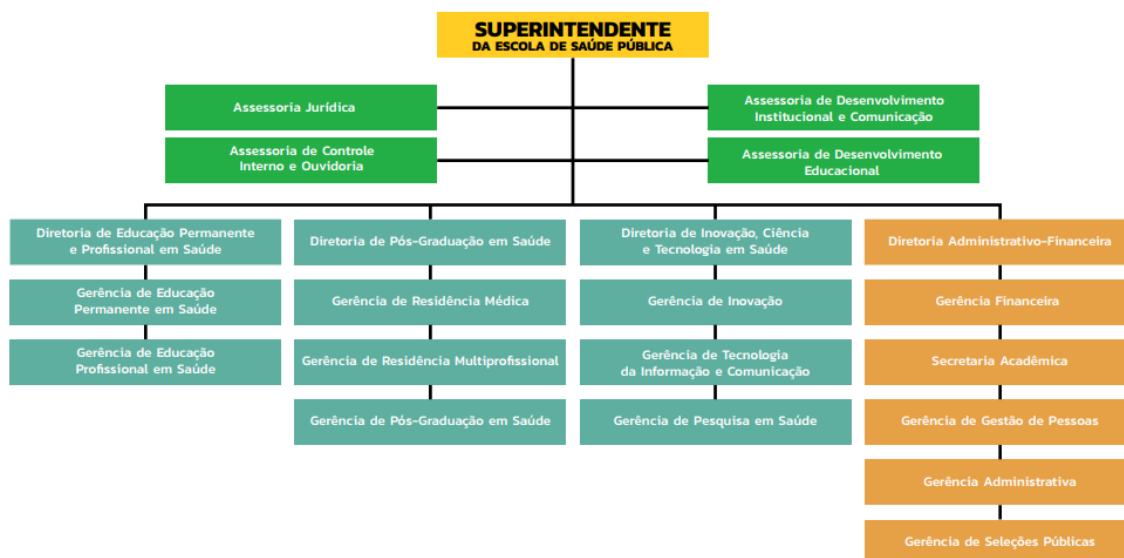
A comunicação do órgão é realizada por meio de diversos canais, incluindo site, redes sociais e imprensa. Para o público interno, o setor também é responsável pela administração de grupos de aplicativos de mensagens (Whatsapp e Telegram), banners, materiais para flanelógrafos e murais, além da produção de um jornal institucional.

1.6. Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE)

A Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE), criada pela Lei nº12.140, de 22 de julho de 1993, com competência redefinida de acordo com o inciso IV do art. 78 da Lei nº 13.875, de 7 de fevereiro de 2007, e reestruturada de acordo com o Decreto nº 30.602, de 15 de julho de 2011, é uma entidade da Administração Indireta Estadual, de natureza autárquica, vinculada à Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa), regendo-se por regulamento próprio, pelas normas internas e a legislação pertinente em vigor.

Em 10 de maio de 2021, por meio de alteração na Lei nº 17.476, constituiu-se como Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação (ICT), cuja finalidade é desenvolver atividades no campo do ensino, da extensão, inteligência, pesquisa básica ou aplicada de caráter científico. Assim, a ESP/CE renovou sua estrutura e o seu modelo de negócio, organizando-se a partir de Eixos Estratégicos para as suas novas ações: Educação e Extensão; Desenvolvimento Educacional; Pesquisa em Saúde; Inovação e Tecnologia; Inteligência em Saúde; e Gestão e Governança.

1.6.1. Organograma da ESP/CE



2. Análise Situacional de Saúde

2.1 Perfil Demográfico, Socioeconômico e Cultural

2.1.1 Área Territorial

O Ceará está localizado na região Nordeste do Brasil, limitando-se a Norte com o Oceano Atlântico, ao Sul com o Estado de Pernambuco, a Leste com os Estados do Rio Grande do Norte e Paraíba e a Oeste com o Estado do Piauí. De acordo com o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE, o **Estado possui uma área de 148.886,3 km²**, equivalente a 9,58% da área pertencente à região Nordeste e 1,75% da área do Brasil. Desta forma, o Ceará é o 4º maior da região Nordeste e o 17º entre os Estados brasileiros, em termos de extensão territorial.

2.1.2 População, por sexo

De acordo com os dados do censo de 2022, divulgado em outubro de 2023, a população do estado do Ceará compreende **8.794.957 habitantes**, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo o oitavo estado mais populoso do país. Sua participação populacional representa **16,0% da população do Nordeste e 4,33% da população nacional**.

Tabela 1 - População estimada por sexo, Ceará 2022

População	Quantidade	%
Masculina	4.257.927	48,5
Feminina	4.537.030	51,5
Total	8.794.957	100,0

Fonte: IBGE, População do Ceará. Data da consulta: 17 de novembro de 2023

2.1.3 Educação

No Brasil, o analfabetismo apresenta um índice elevado, constituindo um dos maiores problemas para o desenvolvimento social e um desafio para as políticas públicas. Entende-se, que o avanço perpassa pelo incremento de programas que visem a redução da taxa de analfabetismo, a inclusão do indivíduo no mercado de trabalho, a garantia dos seus direitos e o

cumprimento dos seus deveres e, conseqüentemente, a melhoria do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil.

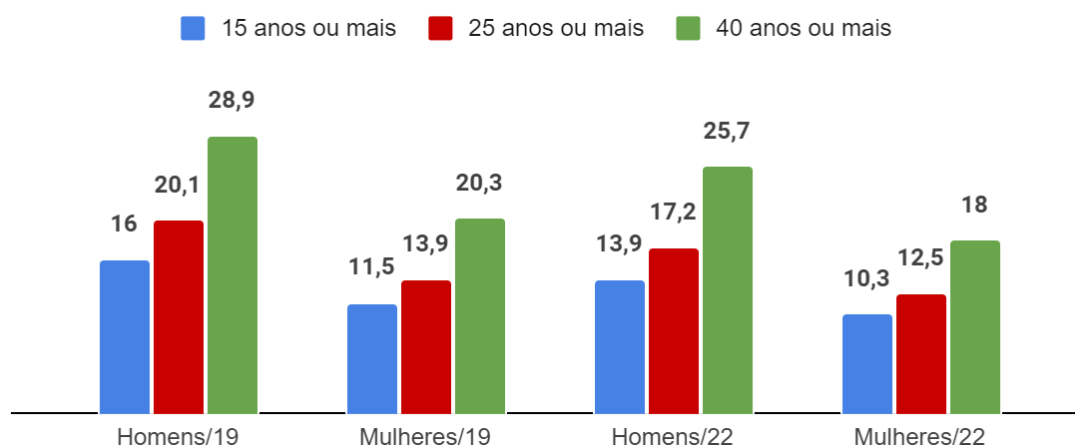
Tabela 2 - Taxa de analfabetismo, por sexo, segundo os grupos de idade - Ceará - 2019-2022

Grupos de idade	Taxa de analfabetismo (%)					
	2019			2022		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
15 anos ou mais	13,6	16,0	11,5	12,0	13,9	10,3
25 anos ou mais	16,7	20,1	13,9	14,7	17,2	12,5
40 anos ou mais	24,2	28,9	20,3	21,5	25,7	18,0

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua. Tabela 7113.

A tabela 2 retrata a taxa de analfabetismo por sexo segundo os grupos de idade no Ceará, nos anos de 2019 a 2022, onde é possível perceber um leve decréscimo da taxa de analfabetismo em 2022. Quando analisamos o indicador por sexo, no ano de 2022, o maior percentual de analfabetismo se apresenta no sexo masculino 25,7, enquanto no sexo feminino 18,0. Quanto aos grupos de idade, o analfabetismo se acentua na faixa etária de 40 anos ou mais (24,2%, em 2019) e (21,5% em 2022). Quanto maior a faixa etária, maior a taxa de analfabetismo.

Figura 1 - Taxa de analfabetismo, por sexo, segundo idade - Ceará 2022



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua. Tabela 7113.

2.1.4 Saneamento

Saneamento é o conjunto de medidas que visam preservar, melhorar ou modificar as condições do meio ambiente. Esse conjunto de medidas impacta diretamente na saúde da população, evitando a disseminação de doenças de veiculação hídrica, como também na economia, infraestrutura, educação, entre outros (GARCIA; FERREIRA, 2017).

A Lei nº 11.445/2007, estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento, norteador os mecanismos de universalização dos serviços e regulação com autonomia administrativa e orçamentária e afins.

As informações das condições de saneamento no Estado do Ceará são oriundas do Instituto Brasileiro e de Geografia e Estatística-IBGE e da Companhia de Água e Esgoto do Ceará- CAGECE, e disponibilizadas na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua).

Tabela 3 - Domicílios, segundo algumas características - Ceará - 2017-2022

Características	Domicílios (Mil unidades)			
	2017	2018	2019	2022
Total	2.876	2.986	2.975	3.085
Tipo do domicílio				
Apartamento	326	296	304	304
Casa	2.550	2.690	2.671	2.779
Casa de cômodos, cortiço outros	1	-	1	2
Condição de ocupação				
Próprio de algum morador - já pago	1.992	2.048	2.055	2.124
Próprio de algum morador - ainda pagando	111	105	108	75
Alugado	528	550	560	597
Cedido	235	277	248	284

Outra condição	9	6	5	4
Número de moradores				
1 morador	351	425	405	401
2 moradores	707	721	741	799
3 moradores	790	815	805	866
4 moradores	586	619	583	629
5 moradores	257	251	283	248
6 moradores ou mais	184	155	160	142

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) Tabelas: 6820, 6678 e 6821.

A pesquisa considerou o universo de 2.876 domicílios (em 2017), 2.986 domicílios (em 2018), 2.975 domicílios (em 2019), 3.085 domicílios (em 2022) por mil Unidades. Nos resultados observamos que a casa é o tipo do domicílio com maior representatividade em 2022 (90%). Quanto às condições de ocupação no ano 2022, predomina o imóvel próprio (69,14%) seguido por imóvel alugado (19,52%) e, quanto ao número de moradores, o predomínio é de 3 e 2 moradores por domicílios.

Tabela 4 - Dados gerais de abastecimento de água e esgotamento sanitário - Ceará e Região Metropolitana de Fortaleza - 2015/2021

Discriminação	Ceará		Região Metropolitana de Fortaleza	
	2015	2021	2015	2021
Abastecimento de Água				
Economias	1.837.044	1.972.805	1.181.371	1.258.923
Residencial	1.719.011	1.848.189	1.102.705	1.174.953
Comercial	75.555	83.037	51.274	56.632

Industrial	4.731	4.049	2.999	2.789
Pública (I)	37.747	37.530	24.393	24.549
Ligações reais	1.757.384	1.947.445	1.066.916	1.172.909
Ligações ativas	1.613.578	1.706.361	970.743	1.004.560
Volume produzido (m³)	368.392.488	412.523.211	264.370.725	284.554.892
Volume faturado (m³)	275.460.075	275.046.180	183.759.606	125.175.186
Extensão da rede (m)	13.857.857	15.651.353	7.088.981	7.662.077
Cobertura urbana (%)	92,1	93,3	98,8	99,0
Cobertura rural (%)	29,9	41,9	37,3	27,1

Esgotamento sanitário

Economias	711.691	968.071	553.249	828.737
Residencial	645.590	872.089	496.755	746.357
Comercial	42.477	67.052	36.494	57.429
Industrial	875	1.197	710	1.025
Pública (I)	22.749	27.733	19.290	23.926
Ligações reais	578.274	765.034	488.453	627.931
Ligações ativas	544.028	741.669	445.825	609.386
Extensão da rede (m)	4.471.491	5.141.717	3.224.304	3.716.846
Cobertura urbana (%)	38,2	43,1	47,5	54,7
Cobertura rural (%)	0,2	-	-	-

Fonte: Companhia de Água e Esgoto do Ceará (CAGECE). (I) Economia ocupada para o exercício de atividade de órgãos da Administração do Poder Público, entidades filantrópicas e mistas. (Ceará em números - IPECE).

Tendo como referência os anos de 2015 e 2021, em relação ao abastecimento de água e esgotamento sanitário, o número de ligações para o abastecimento de água reais e ativos é maior em 2021 no Ceará e na Região Metropolitana, predominando as ligações. Economias - para o exercício de atividades de órgão da administração do poder público, entidades filantrópicas e mista e ligação residencial.

O percentual da cobertura urbana de abastecimento de água se mostra acima de 90% e rural abaixo de 41,9% no Ceará e Região Metropolitana. O percentual de cobertura urbana de ligações de esgotamento sanitário se mostra acima de 40% e rural abaixo de 54,7% no Ceará e Região Metropolitana.

O percentual de ligações para o esgotamento sanitário reais, em relação ao percentual de ligações de abastecimento de água reais no Ceará em 2015 é 32,90% e em 2021 é 53,53%, esses percentuais representam a defasagem da rede de esgoto em relação a rede de abastecimento de água.

2.1.5 Trabalho e Rendimento

Os dados apresentados têm como fonte o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-(IBGE), por meio da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), 2011/2015.

Tabela 5 - Pessoas em idade ativa, por sexo, segundo os grupos de idade, os grupos de anos de estudo e as classes de rendimento mensal - Ceará - 2011/2015

Grupos de idade, grupos de anos de estudo e classes de rendimento mensal	Pessoas em idade ativa (PIA) (1)					
	2011			2015		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Total (2)	7.385.469	3.515.728	3.869.741	7.675.584	3.728.384	3.947.200
Grupos de idade						
10 a 14 anos	855.482	438.295	417.187	716.393	389.054	327.339
15 a 19 anos	881.457	446.431	435.026	819.429	423.485	395.944
20 a 24 anos	711.364	338.107	373.257	750.399	373.229	377.170

25 a 29 anos	706.520	339.205	367.315	722.384	354.296	368.088
30 a 39 anos	1.235.002	572.311	662.691	1.355.834	660.044	695.790
40 a 49 anos	1.123.772	536.282	587.490	1.125.462	532.653	592.809
50 a 59 anos	783.635	364.579	419.056	854.859	387.574	467.285
60 anos ou mais	1.088.237	480.518	607.719	1.330.824	608.049	722.775

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2011/2015. (1) Pessoas de 10 anos ou mais de idade na semana de referência da pesquisa. (2) Inclusive as pessoas com anos de estudos e classes de rendimento mensal não determinadas e sem declaração. (3) Inclusive as pessoas que recebiam somente em benefícios.

Em 2011 e 2015 a População em Idade Ativa (PIA) era menor ou igual a 7.675.584, sendo o predomínio do sexo feminino nos referidos anos. Quando feita a estratificação quanto à inserção no mercado de trabalho por grupo de idade, um dado chama a atenção, 24% dos ativos, em 2011, estão entre as faixas etárias de 10 a 19 anos. Apesar da proibição legal, o trabalho infantil ainda é praticado no Brasil.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei 8.069/1990, é considerado criança quem tem até 12 anos incompletos e adolescente quem tem entre 12 e 18 anos, o que remete a necessidade de intensificar ações de intervenção para diminuir esse número e garantir os direitos desta parcela da população. Em 2015, houve uma redução de 4%, sendo 22% homens e 18% mulheres, entrando no mercado de trabalho precocemente. Nos demais grupos o predomínio é do sexo feminino.

Tabela 6 - Pessoas economicamente ativas, por sexo, segundo os grupos de idade, os grupos de anos de estudo e as classes de rendimento mensal - Ceará - 2011/2015

Grupos de idade, grupos de anos de estudo e classes de rendimento mensal	Pessoas economicamente ativas (PEA) (1)					
	2011			2015		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Total (2)	4.120.895	2.372.547	1.748.348	3.987.298	2.309.626	1.677.672
Classes de rendimento mensal						
Até 1/2 salário mínimo	633.555	263.138	370.417	589.808	294.428	295.380
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	1.260.693	723.024	537.669	1.196.564	652.757	543.807

Mais de 1 a 2 salários mínimos	1.047.408	630.169	417.239	1.142.512	681.076	461.436
Mais de 2 a 3 salários mínimos	245.014	155.342	89.672	243.790	151.553	92.237
Mais de 3 a 5 salários mínimos	175.720	107.027	68.693	172.494	97.744	74.750
Mais de 5 a 10 salários mínimos	113.004	68.367	44.637	96.186	66.454	29.732
Mais de 10 a 20 salários mínimos	39.305	25.533	13.772	32.559	21.869	10.690
Mais de 20 salários mínimos	13.345	10.809	2.536	7.100	4.976	2.124
Sem rendimento (3)	534.326	350.445	183.881	445.770	295.086	150.684
Sem declaração	58.525	38.693	19.832	60.515	43.683	16.832

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2011/2015. (1) Pessoas de 10 anos ou mais de idade que se encontravam ocupadas ou desempregadas na semana de referência da pesquisa. (2) Inclusive as pessoas economicamente ativas com anos de estudos e classes de rendimento mensal não determinadas e sem declaração. (3) Inclusive as pessoas economicamente ativas que recebiam somente em benefícios.

Do total de Pessoas Economicamente Ativas (PEA) a que se refere os anos da pesquisa, o sexo masculino detém os maiores salários em relação ao sexo feminino. Verifica-se, que em relação a classe de rendimento mensal, quanto maior a faixa salarial menor o quantitativo de pessoas com rendimentos.

A faixa salarial de $\frac{1}{2}$ a 1 e 1 a 2 salários mínimos concentra a maioria das pessoas economicamente ativas, em ambos os sexos, cerca de 46% em 2011 e 45% em 2015. Observamos redução de 3,25% no ano de 2015 em relação a 2011 referente às pessoas economicamente ativas.

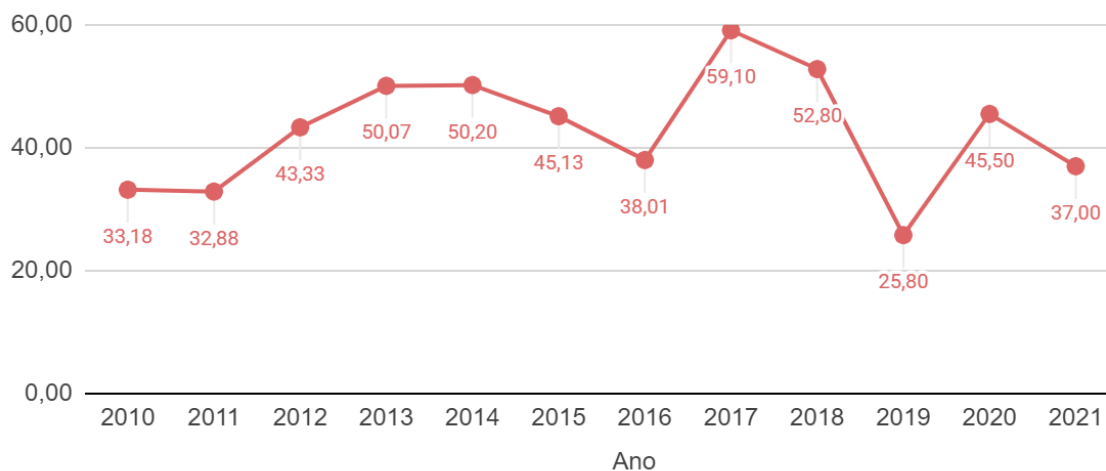
2.1.6 Segurança Pública

Segurança Pública, tema de relevância nacional por fazer parte do dia a dia de todos os cidadãos. A questão da violência está relacionada a diversos aspectos como: as condições socioeconômicas, a desigualdade de renda, a desestruturação familiar, ao crime organizado e tráfico de drogas e o sentimento de impunidade do sistema judiciário.

Formular, regulamentar e avaliar as Políticas Públicas referente a esta temática, é um grande desafio para o poder público, pois demandam ações intersetoriais, de caráter permanente, que visem a investigação e repressão ao crime mas, principalmente, a prevenção e a qualidade de vida da população,

na constituição de cidades saudáveis.

Figura 2 - Taxa de Crimes Violentos Letais e Intencionais, 2010-2021



Fonte: Sistema de Informações Geossocioeconômicas do Ceará (IPECEDATA), 2022.

O gráfico (Figura 2) mostra o comportamento da taxa de crimes de homicídios dolosos, latrocínios e lesão corporal seguido de morte, com visível oscilação na tendência dos resultados entre 2010 e 2022. Observamos taxa estável nos anos de 2010 e 2011 em torno de 33,00 e elevação em 2012 para 43,33. Nos anos de 2013 e 2014 as taxas se mostram estáveis novamente, apesar de sua elevação em relação aos anos anteriores, em cerca de 18 pontos. Em 2015 e 2016 a curva apresenta declínio alcançando 38,01%. Porém, em 2017 alcançou a maior taxa da série histórica (59,10). O ano de 2019 registra a menor taxa (25,80 por cada 100 mil habitantes), para em seguida apresentar um novo pico (45,50) em 2020 e decréscimo em 2021 (37,00).

2.1.7 Saúde

2.1.7.1. Mortalidade Geral

No Brasil, os dados de mortalidade são registrados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), desde sua implantação em 1976. O Ministério da Saúde responde pela coordenação nacional do sistema, enquanto os Estados realizam o monitoramento dos dados de mortalidade e da qualidade e envio regular das informações alimentadas pelos municípios por meio do SIM.

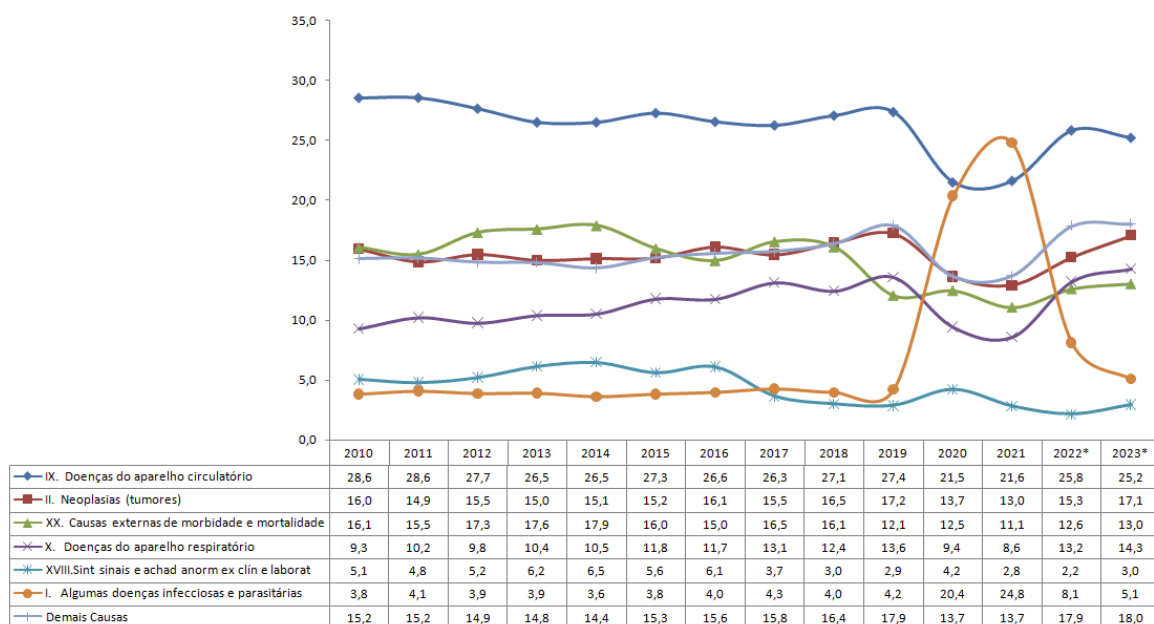
As causas de morte descritas na declaração de óbito são codificadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID 10). Os grupos de causas de morte descritos foram analisados a partir de séries históricas de no mínimo uma década, finalizando com o ano de 2023, ainda sujeito à revisões pelo Ministério da Saúde.

No Ceará, o ranking padrão da mortalidade geral tem as doenças do aparelho circulatório (Cap. IX) como principal causa de óbito, seguido pelas causas externas (Cap. XX) e neoplasias (Cap. II) que até o momento se mantém na segunda posição como é possível observar na tabela abaixo. Para as outras causas de óbito, seguindo o ranking, estão as doenças do aparelho respiratório (Cap. X) e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (Cap. IV) (Tabela 7 e Figura 3).

Tabela 7 - Número de óbitos segundo causa Capítulos da CID 10.

PRINCIPAIS CAUSAS CID-10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*	2023*
IX. Doenças do aparelho circulatório	12.522	13.683	13.473	13.693	13.778	15.080	14.418	15.568	15.446	15.490	14.955	15.941	16.722	10.499
II. Neoplasias (tumores)	6.996	7.125	7.545	7.747	7.870	8.397	8.751	9.162	9.386	9.748	9.509	9.545	9.870	7.099
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	7.047	7.420	8.433	9.081	9.297	8.824	8.129	9.807	9.186	6.826	8.671	8.157	8.158	5.425
X. Doenças do aparelho respiratório	4.071	4.890	4.755	5.369	5.469	6.503	6.374	7.770	7.081	7.669	6.553	6.345	8.542	5.930
XVIII. Sintomas e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	2.232	2.301	2.550	3.190	3.376	3.121	3.331	2.173	1.725	1.643	2.953	2.086	1.405	1.235
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.673	1.947	1.886	2.012	1.877	2.116	2.154	2.525	2.265	2.375	14.149	18.254	5.238	2.106
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2.658	3.233	2.830	2.893	2.810	2.787	2.651	2.911	2.584	2.703	3.233	3.235	3.212	1.816
Demais Causas	6.648	7.287	7.240	7.653	7.473	8.430	8.468	9.347	9.355	10.126	9.489	10.120	11.554	7.502
CEARÁ	43.847	47.886	48.712	51.638	51.950	55.258	54.276	59.263	57.028	56.580	69.512	73.683	64.701	41.612

Figura 3 - Mortalidade proporcional segundo causa Capítulos da CID 10.



É importante mencionar o período que compreende os anos de 2020 a 2022, período de ocorrência da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), cuja causa básica é classificada pela CID 10 dentro do Cap. I - Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias. Os números no SIM expressam claramente o aumento dos registros de óbitos nesse capítulo, passando de em média 2.000 óbitos por ano em período não pandêmico (cerca de 4,0% do total do Estado), para mais de 14.000 em 2020 e atingindo um pico de 18.254 óbitos em 2023 (quase 25% do total de óbitos). Em virtude disso, observa-se a redução da proporção dos demais capítulos, evidenciando que a covid-19 foi a maior causa de óbito no período supracitado.

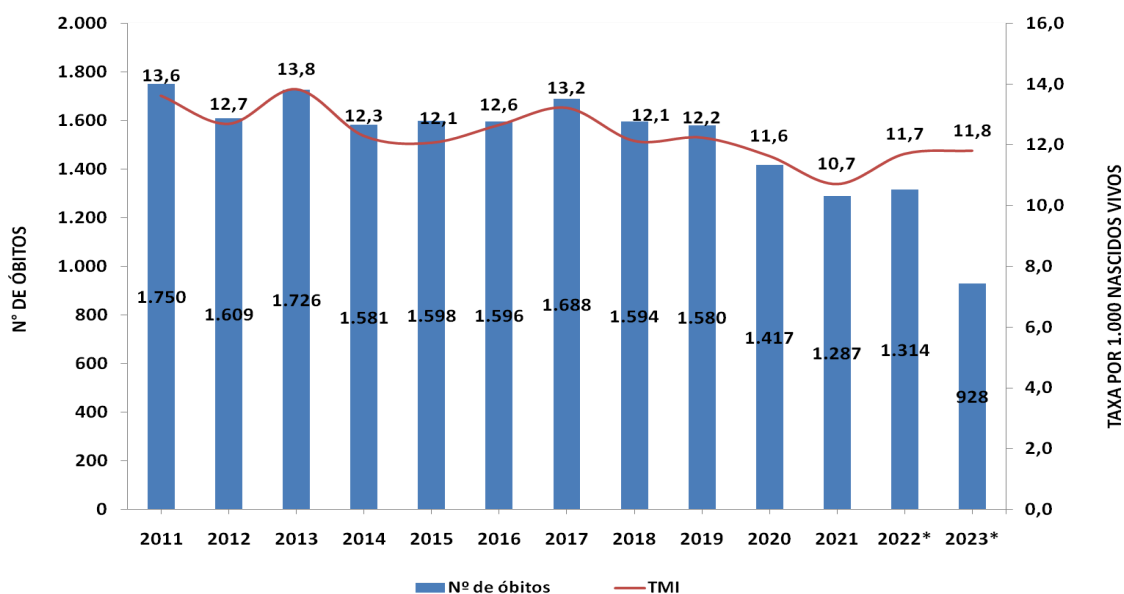
Outras categorias específicas sobre mortalidade no Estado serão abordadas em tópicos separados no decorrer desta publicação.

2.1.7.2. Mortalidade Infantil no Estado do Ceará

A situação no Ceará acompanha o contexto nacional, destacando-se no entanto, sua trajetória de mobilização contínua para a redução da mortalidade infantil, traduzida nas ações de governo que têm tratado a questão como uma prioridade.

Nos anos de 2011 e 2022, no estado do Ceará, houve redução no número de óbitos infantis. No período estudado, foram notificados no SIM respectivamente 1.750 e 1.314 óbitos infantis, que se refletiu em uma redução na taxa de mortalidade infantil, passando de 13,6 óbitos de crianças menores de um ano a cada mil nascidos vivos em 2011, para 11,7 óbitos de crianças menores de um ano a cada mil nascidos vivos em 2022. Esta redução corresponde a uma diminuição de 88,3% dos óbitos, sendo a mortalidade neonatal o seu principal componente. Vale ainda ressaltar que a partir do ano 2017 até 2021 houve uma tendência de queda na taxa de mortalidade infantil de forma sequencial, passando de 13,2 óbitos de crianças menores de um ano a cada mil nascidos vivos em 2017, para 10,7 óbitos de crianças menores de um ano a cada mil nascidos vivos em 2021, apresentando-se de forma mais significativa nos anos pandêmicos, e com tendência mínima de elevação já observada no ano de 2022 (Figura 4).

Figura 4 - Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos - Ceará, 2011 a 2023*



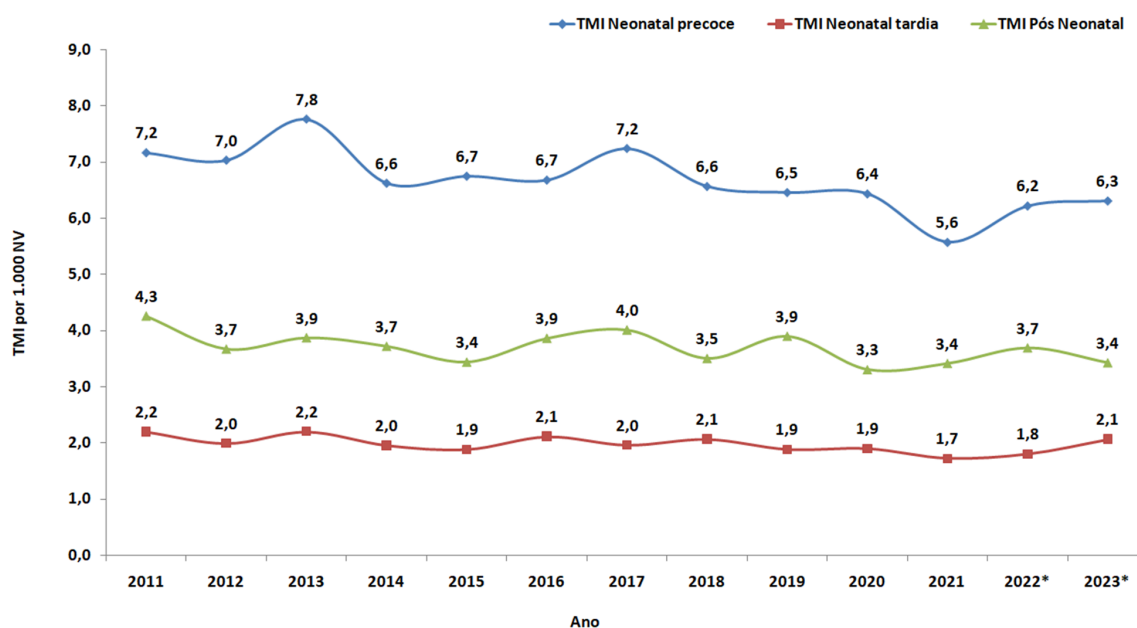
Fonte: SESA/COVEP/CEVEP / GT Vigilância do Óbito – SIM/SINASC
Dados sujeitos à revisão, atualizados em 03/10/2023.

A queda da taxa de mortalidade infantil nos últimos anos, ocorreu em todas as faixas etárias infantis, entretanto, foi mais expressiva no componente neonatal (óbitos de crianças de 0 a 27 dias de vida completos), onde alcançou uma redução de 15,0% entre 2011 a

2022, enquanto o componente pós-neonatal (óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos) foi de 14,0%. Dentre os óbitos neonatais, destaca-se de maior risco o componente neonatal precoce (óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos), considerando que os coeficientes de mortalidade neonatal precoce superaram os coeficientes de mortalidade neonatal tardio (óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos) e pós-neonatal em todo o período analisado (Figura 5).

Portanto, o risco de morte de crianças menores de 28 dias (óbitos neonatais) representa a proporcionalidade de 68,5% dos óbitos infantis da série histórica apresentada, sendo que destes em média 53,1% aconteceram no período neonatal precoce e 15,4% no período neonatal tardio. Ficando os 31,5% restantes representados no período pós-natal (Figura 6).

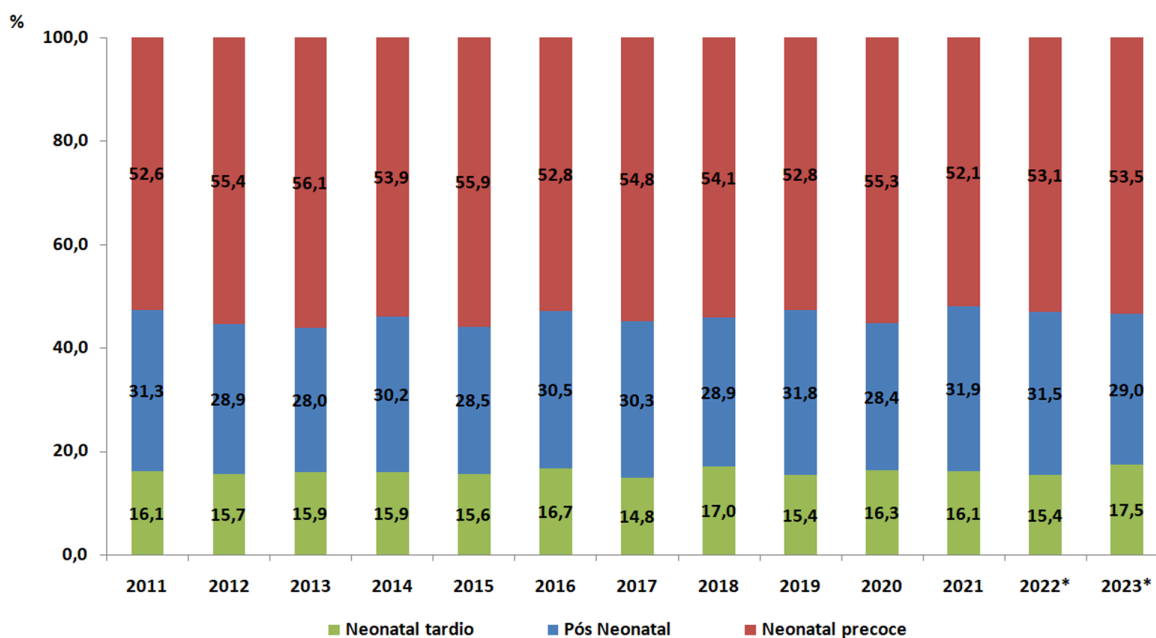
Figura 5 - Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce, Tardia e Pós Neonatal, Ceará, 2011 a 2023*



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP / GT Vigilância do Óbito – SIM/SINASC

*Nota: Dados sujeitos à revisão, atualizados em 03/10/2023.

Figura 6 - Proporção de óbitos neonatais precoce, tardio e pós-neonatais. Ceará, 2011 a 2023*.



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP / GT Vigilância do Óbito / Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

*Nota: Dados sujeitos à revisão, atualizados em 03/10/2023.

Considerando a análise de todos os componentes observou-se a predominância de três principais causas: septicemias, malformações congênitas e asfixia ao nascer.

Entre os óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias de vida completos) as principais causas foram: Transtornos de baixo peso, desconforto respiratório, septicemia, asfixia ao nascer, complicação da placenta e cordão umbilical; nos óbitos neonatais tardios (7 a 27 dias de vida completos): septicemia, outras infecções perinatais, afecções maternas,, malformações congênitas, asfixia ao nascer e nos óbitos pós-neonatal (28 dias a 364 dias de vida completos): outras septicemias, pneumonia e malformações congênitas.

Quadro 2 - Ranqueamento da mortalidade infantil por componente, segundo as cinco principais causas CID 10. Ceará, 2022*

COMPONENTE / CAUSA BÁSICA	1ª CAUSA	2ª CAUSA	3ª CAUSA	4ª CAUSA	5ª CAUSA	DEMAIS CAUSAS	TOTAL
NEONATAL PRECOCE	P07 TRANSTORNO BAIXO PESO (101 ÓBITOS - 14,5 %)	P22 DESCONFORTO RESPIRATÓRIO (74 ÓBITOS - 10,6%)	P36 SEPTICEMIA (50 ÓBITOS - 7,2%)	P21 ASFIXIA AO NASCER (47 ÓBITOS - 6,7 %)	P02 COMPLICAÇÃO PLAC. CORD. UMB. (33 ÓBITOS - 4,7 %)	393 ÓBITOS - 56,3%	698 ÓBITOS
NEONATAL TARDIO	P36 SEPTICEMIA (34 ÓBITOS - 16,8%)	P39 OUTR INFECC PERINATAIS (16 ÓBITOS - 7,9%)	P00 AFEC. MAT. N OBR RELAC. GRAVIDEZ (14 ÓBITOS - 6,9%)	Q24 MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DO CORAÇÃO (14 ÓBITOS - 6,9%)	P21 ASFIXIA AO NASCER (12 ÓBITOS - 5,9 %)	112 ÓBITOS - 55,4%	202 ÓBITOS
PÓS-NEONATAL	A41 OUTRAS SEPTICEMIAS (27 ÓBITOS - 6,5%)	J18 PNEUMONIA (27 ÓBITOS - 6,5%)	Q24 MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DO CORAÇÃO (22 ÓBITOS - 5,3%)	B34 DOENÇA POR VIRUS NE (19 ÓBITOS - 4,6%)	P36 SEPTICEMIA (18 ÓBITOS - 4,3%)	301 ÓBITOS - 72,7%	414 ÓBITOS
INFANTIL	P07 TRANSTORNO BAIXO PESO (104 ÓBITOS - 7,9 %)	P36 SEPTICEMIA (102 ÓBITOS - 7,8%)	P22 DESCONFORTO RESPIRATÓRIO (89 ÓBITOS - 6,8%)	P21 ASFIXIA AO NASCER (64 ÓBITOS - 4,9%)	Q24 MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS DO CORAÇÃO (61 ÓBITOS - 4,6%)	894 ÓBITOS - 68,0%	1.314 ÓBITOS

Fonte: SESA/COVEP/CEVEP / GT Vigilância do Óbito / Sistema de informação sobre Mortalidade - SIM

*Nota: Dados sujeitos à revisão, atualizados em 03/10/2023.

2.1.7.3. Mortalidade Materna

A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez; causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação à mesma.

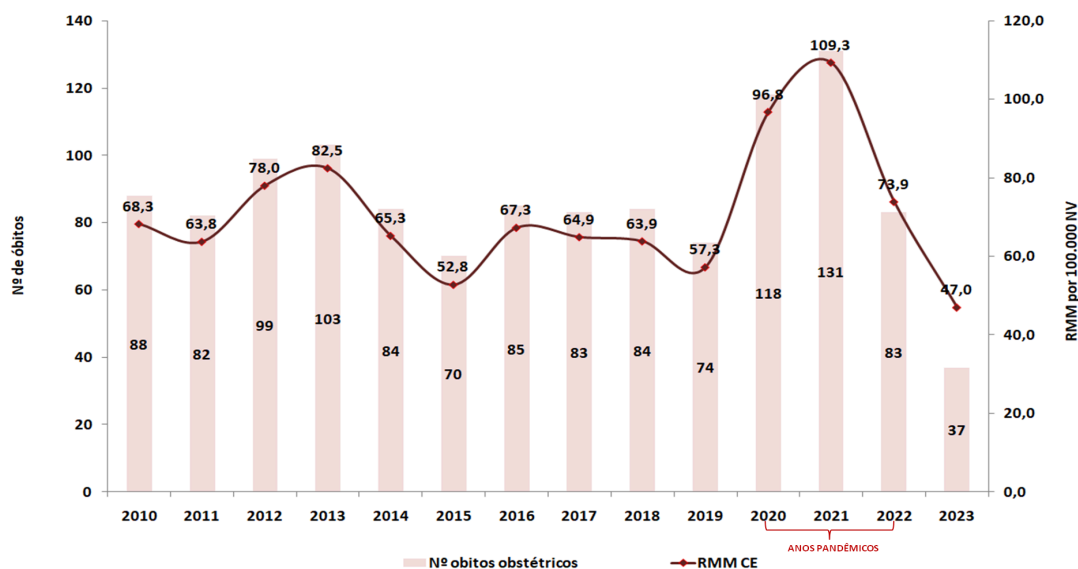
As mortes maternas são classificadas em mortes maternas obstétricas e não obstétricas. Por sua vez, as mortes maternas obstétricas são subdivididas em mortes obstétricas diretas e indiretas. As mortes maternas obstétricas diretas estão relacionadas aos óbitos ocorridos por complicações obstétricas, durante a gravidez, parto ou puerpério, em virtude de intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou uma cadeia de eventos resultante de qualquer dessas causas. Já as causas obstétricas indiretas são aquelas resultantes de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante a gestação, não provocadas por esta, mas agravadas pelo efeito fisiológico da gravidez.

A razão de mortalidade materna (RMM), embora sujeita a distorções, refere-se ao risco de morte materna, sendo referido como um indicador da qualidade da atenção à saúde da população feminina.

A redução da mortalidade materna é uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e seu monitoramento tem grande importância para o fortalecimento ou redirecionamento de políticas de saúde (BRASIL, 2014). Enquanto, a Agenda 2030 incluiu nas Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) dentro do Objetivo 3 – Boa Saúde e Bem estar, uma meta de redução da RMM para no máximo 30 óbitos a cada 100.000 NV (IPEA, 2018).

Segundo análise temporal de 2010 a 2023, percebe-se uma importante oscilações no indicador, explicado pelo fato de que pequenas variações no número absoluto do óbito determinam significativo impacto na RMM. Porém, nota-se que nos últimos anos anteriores a 2020 o comportamento da curva tornou-se mais estável, embora em níveis ainda bastante elevados, com tendência de redução, constatando queda de 16,1% de 2010 para 2019 (Figura 7).

Figura 7- Razão de Mortalidade Materna (RMM)*, Ceará 2010 a 2023*



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP – SIM/SINASC Nota: *RMM para os anos de 2022 e 2023 dados preliminares sujeitos a revisão, atualizados em 03/10/2023.

Em decorrência do aumento da violência, depressão e outras doenças mentais nos últimos anos, a OMS recomendou a investigação

dos óbitos por causas externas com mais rigor, tal qual as aplicadas as demais causas obstétricas, desde que seja comprovada a ligação da causa morte com gravidez e puerpério, e que a causa básica do óbito permaneça como causa externa.

No Ceará, a investigação de morte materna não obstétrica, vem em constante desenvolvimento, pois em 2011 encontrou-se a ocorrência de óbito materno dessa natureza em 8,0% de todos os óbitos maternos, passando para 13,8% em 2022 e registrada na Declaração do Óbito (DO) como causa externa (Tabela 8).

Tabela 8 - Número de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e Maternos, segundo Natureza do Óbito. Ceará, 2011 a 2023*

Ano	Óbitos de mulheres em idade fértil		Óbitos maternos					
	Nº	% investigados	Obstétricos			Obstétrico Tardio	Não Obstétricos	Total
			Direto	Indireto	Não especificado			
2011	2.562	88.8	54	24	4	21	9	112
2012	2.705	92.7	65	33	1	25	11	135
2013	2.820	90.7	79	20	4	29	8	140
2014	2.526	92.9	51	30	3	39	12	134
2015	2.706	97.4	37	30	3	35	4	109
2016	2.688	96.4	51	30	4	20	14	119
2017	2.687	98.9	57	25	1	24	18	125
2018	2.887	99.9	44	40	-	28	24	136
2019	2.617	90,9	43	31	-	33	15	122
2020	3.218	88,3	53	63	2	13	15	144
2021	3.825	97,1	46	85	1	10	16	157
2022*	3.000	95,8	40	40	3	4	14	101
2023*	2.022	79,3	14	22	1	1	4	42

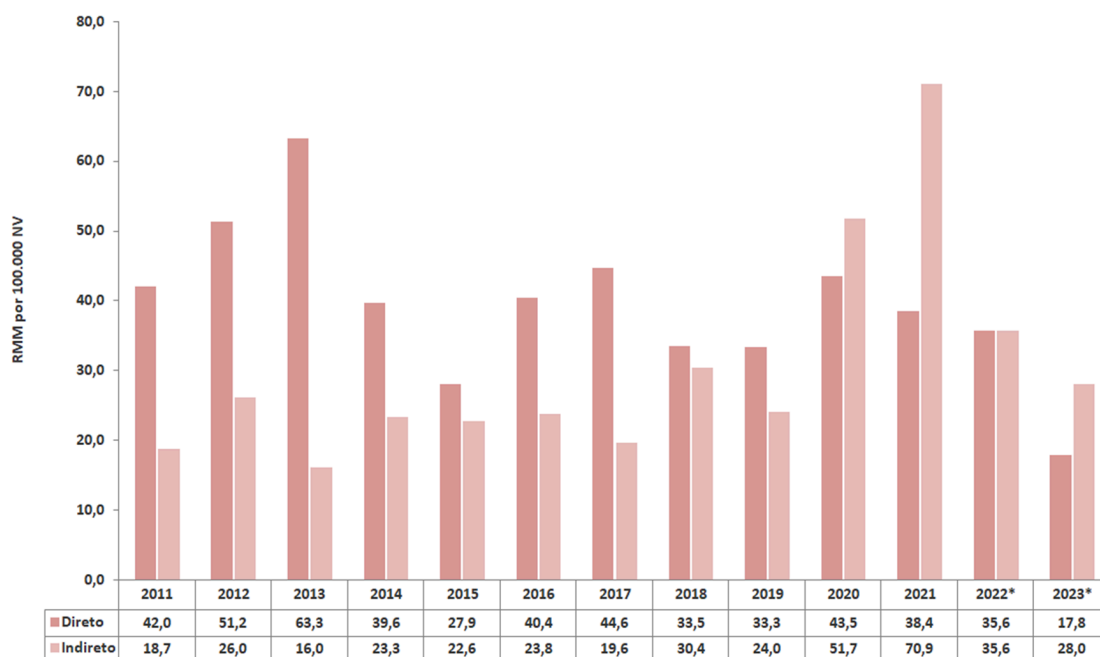
Fonte: SESA/COVEP/CEVEP – SIM/ Módulo WEB Federal *Dados sujeitos à revisão, atualizados em 03/10/2023.

No período analisado, a Razão de Mortalidade Materna Específica (RMME) por causas de mortes maternas obstétricas diretas, sempre apresentaram valores superiores às indiretas até 2019. A RMME da causa obstétrica direta variou entre 27,9 e 63,3 óbitos por 100.000 nascidos vivos, em 2013 foi a mais elevada, 63,3 em cem mil nascidos vivos. Observa-se de 2011 para 2022 uma redução de 15,3% nas causas obstétricas diretas. Já a RMME da causa indireta variou entre 16,0 e 70,9 óbitos por 100.000 nascidos vivos, sendo 2021 a mais elevada 70,9 por

100.000 mil nascidos vivos, as causas obstétricas indiretas apresentaram um aumento de 90,3% de 2011 para 2022. (Figura 7).

A relação entre razão da mortalidade materna por causas diretas sobre as indiretas caiu de 2,3 em 2011 para 1,0 em 2022, em 2020 e 2021 houve uma inversão, as causas indiretas ultrapassaram as diretas, certamente influenciada pela ocorrência da pandemia de COVID-19, em 2022 provavelmente devido às medidas de prevenção, incluindo a vacinação para a covid19 a mortalidade pelas causas indiretas reduziram, equiparando o total das ocorrências com das causas diretas (Figura 8).

Figura 8 - Razão de Mortalidade Materna (RMM), segundo Causas Obstétricas. Ceará, 2011 a 2023*



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP – SIM/ Módulo WEB Federal. *Nota:Dados sujeitos à revisão, atualizados em 03/10/2023.

Ao analisar os principais grupos de causas obstétricas diretas no período 2011 a 2022, verifica-se que a doença hipertensiva e hemorragias encontram-se entre os maiores riscos de morte materna, com incremento de 3,5% e 45,3%, respectivamente.

Entre as causas obstétricas indiretas, as que apresentaram maior risco no período 2011 a 2022 foram as doenças do aparelho circulatório com aumento de 3,5%, passando de 8,6 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2011 para 8,9 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2022; as doenças infecciosas com acréscimo de 68,7%, passando de 1,6 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2011 para 2,7 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2022 (Tabela 9).

Tabela 9 - Número de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil e Maternos, segundo Natureza do Óbito. Ceará, 2011 a 2023*

Causas	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM	Nº	RMM
Aborto	3	2,3	4	3,2	6	4,8	4	3,1	3	2,3	1	0,8	2	1,6	2	1,5	1	-	1	0,8	2	1,7	1	0,9
Complicação no parto	3	2,3	1	0,8	7	5,6	8	6,2	3	2,3	4	3,2	1	0,8	-	-	5	3,9	-	-	-	-	3	2,7
Embolia	4	3,1	8	6,3	8	6,4	4	3,1	-	-	6	4,8	4	3,1	5	3,8	-	-	4	3,3	-	-	-	-
Hemorragia	11	8,6	4	3,2	8	6,4	6	4,7	5	3,8	8	6,3	8	6,3	7	5,3	3	2,3	10	8,2	6	5,0	10	8,9
Doenças hipertensivas	11	8,6	28	22,1	26	20,8	16	12,4	19	14,3	18	14,3	20	15,6	13	9,9	17	13,2	25	20,5	18	15,0	14	12,5
Anormalidade Contração Uterina	6	4,7	4	3,2	7	5,6	4	3,1	4	3,0	3	2,4	1	0,8	2	1,5	2	1,5	3	2,5	-	-	-	-
Infecção puerperal	3	2,3	5	3,9	4	3,2	6	4,7	-	-	1	0,8	2	1,6	4	3,0	4	3,1	3	2,5	2	1,7	1	-
Outras Diretas	13	10,1	11	8,7	13	10,4	3	2,3	3	2,3	10	7,9	19	14,9	11	8,4	13	10,1	12	9,8	17	14,2	11	9,8
Causas obstétrica direta	54	42	65	51,2	79	63,3	51	39,6	37	27,9	51	40,4	57	44,6	44	33,5	45	34,8	58	47,6	45	37,6	40	35,8
Doenças do aparelho respiratório	-	-	4	3,2	3	2,4	-	-	6	4,5	1	0,8	5	3,9	5	3,8	4	3,1	6	4,9	1	0,8	2	1,8
Doenças do aparelho circulatório	11	8,6	4	3,2	10	8,0	8	6,2	9	6,8	13	10,3	8	6,3	15	11,4	11	8,5	6	4,9	14	11,7	10	8,9
Doenças do aparelho digestivo	1	0,8	4	3,2	1	0,8	5	3,9	1	0,8	5	4,0	-	-	2	1,5	3	2,3	3	2,5	1	0,8	2	1,8
Hipertensão arterial crônica	4	3,1	3	2,4	-	-	1	0,8	2	1,5	-	-	1	0,8	2	1,5	-	-	-	-	6	5,0	3	2,7
Doenças infecciosas	2	1,6	2	1,6	1	0,8	7	5,4	2	1,5	3	2,4	1	0,8	4	3,0	5	3,9	32	26,3	51	42,6	3	2,7
Diabetes	-	-	1	0,8	-	-	2	1,6	1	0,8	-	-	1	0,8	-	-	-	-	-	-	1	0,8	-	-
Outras indiretas	6	4,7	15	11,8	5	4,0	7	5,4	9	6,8	8	6,3	9	7,0	10	7,6	6	4,6	11	9,0	11	9,2	20	17,9
Causas obstétrica indireta	24	18,7	33	26,0	20	16	30	23,3	30	22,6	30	23,8	25	19,6	38	28,9	29	22,4	58	47,6	85	70,9	40	35,8
Óbitos obstétricos não especificados	4	3,1	1	0,8	4	3,2	3	2,3	3	2,3	4	3,2	1	0,8	-	-	-	-	2	1,6	1	0,8	3	-
Total de causas maternas obstétricas	82	63,8	99	78,0	103	82,5	84	65,3	70	52,8	85	67,3	83	64,9	82	62,4	74	57,3	118	96,8	131	109,3	83	74,2
Óbitos materno obstétricos tardios	21	-	25	-	29	-	39	-	35	-	20	-	24	-	31	-	32	-	13	-	10	-	4	-
Óbitos maternos não obstétricas	9	-	11	-	8	-	12	-	4	-	14	-	18	-	24	-	16	-	15	-	16	-	14	-
Total de óbitos maternos	112	-	135	-	140	-	135	-	109	-	119	-	125	-	137	-	122	-	146	-	157	-	101	-

Fonte: SESA/COVEP/CEVEP – SIM/ Módulo WEB Federal

*Nota: Dados sujeitos à revisão, atualizados em 03/10/2023.

2.1.7.4. Mortalidade Prematura Por Doenças Crônicas Não Transmissíveis

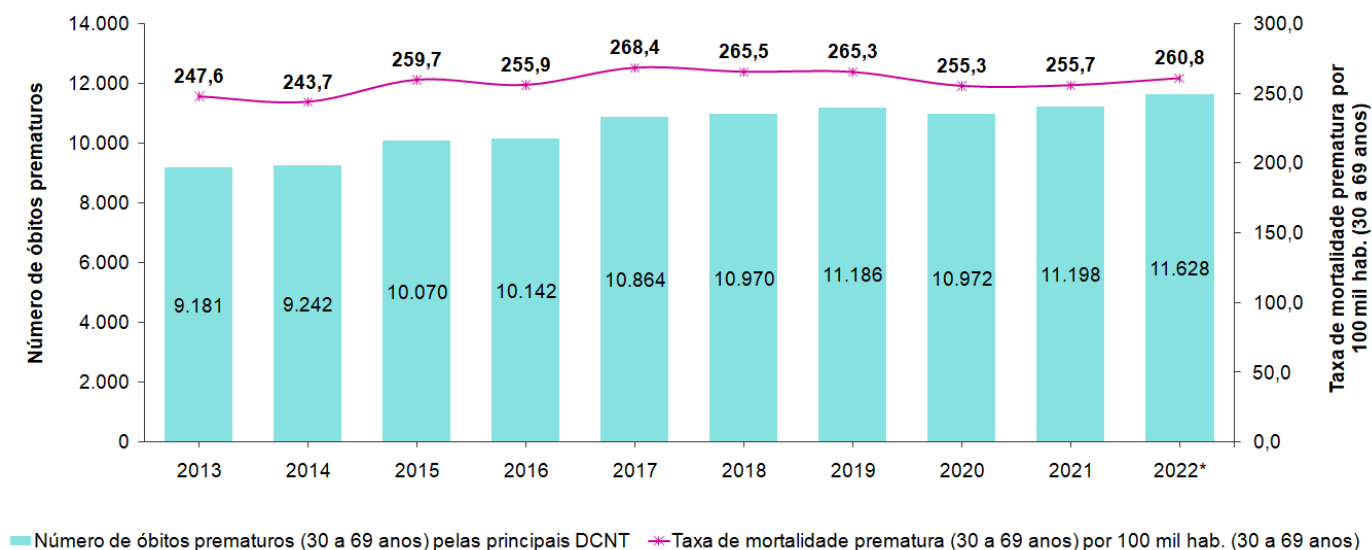
As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o grupo de doenças de maior magnitude no mundo, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de média e baixa renda e escolaridade, devido à maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações e aos serviços de saúde. As DCNT são responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no

mundo, acarretando perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de alta taxa de mortalidade prematura.

As principais DCNT de maior impacto para saúde pública são as doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas. Essas doenças, por sua vez, possuem fatores de risco modificáveis em comum, sendo eles: alimentação inadequada, inatividade física, consumo nocivo do álcool e tabagismo.

No estado do Ceará, no período entre 2013 e 2022, foram contabilizados 105.453 óbitos prematuros pelos principais grupos de DCNT. Verifica-se que essa mortalidade permanece em platô elevado, apresentando pequenas oscilações na série histórica analisada, sendo verificado o maior número de óbitos em 2022, registrando 11.628 óbitos prematuros e a maior taxa de mortalidade prematura em 2017, correspondendo a 268,4 óbitos prematuros por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos. Cabe ainda destacar que essa mortalidade apresentou redução nos anos 2020 e 2021, mas seguida de um crescimento em 2022. Essa referida redução muito provavelmente está relacionada aos efeitos causados pela pandemia por Covid-19 (Figura 9).

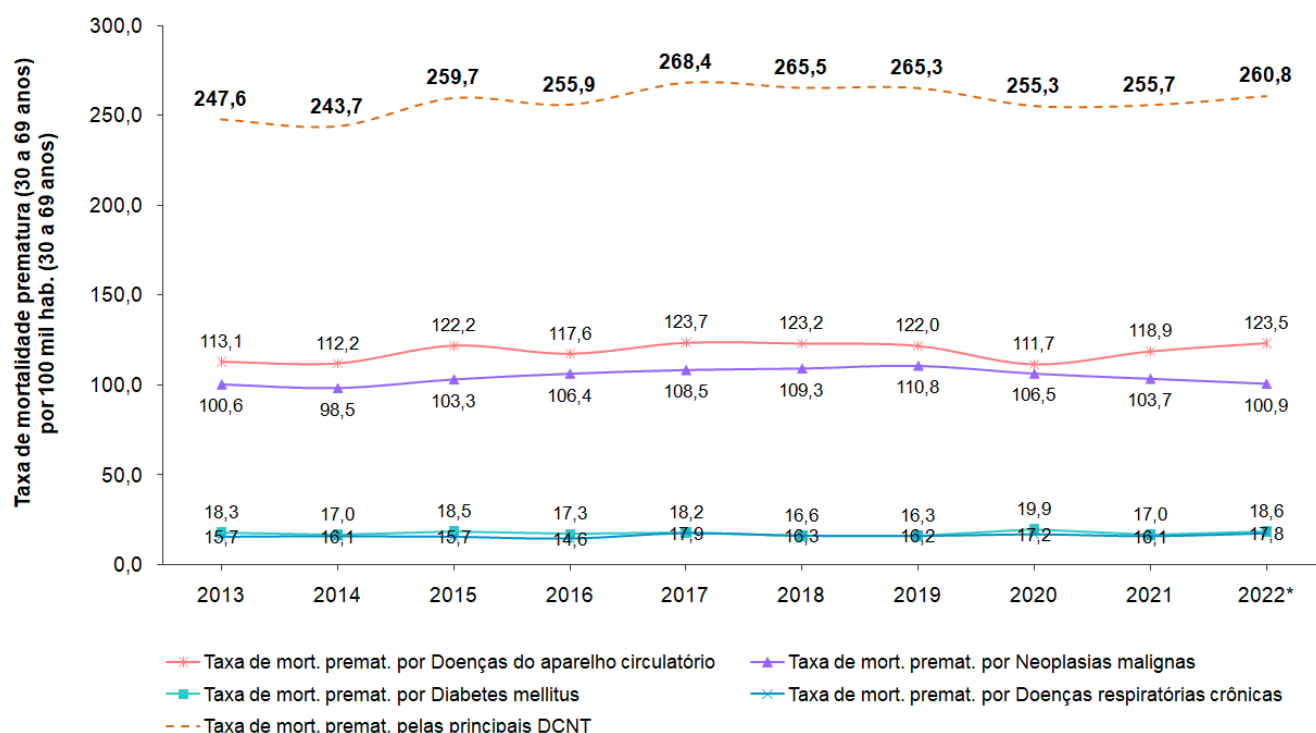
Figura 9 - Taxa de mortalidade prematura (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos) pelas principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Ceará, 2013-2022 (N=105.453).



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP. Dados de 2013 a 2021 consultados no site do DATASUS no dia 09/08/2023;*Dados de 2022 atualizados até 03/10/2023, sujeitos à alterações e revisão.

Ao analisar o risco de mortalidade pelos principais grupos de DCNT, é possível observar que as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas evidenciam as maiores taxas de mortalidade em todo período analisado. Para as doenças do aparelho circulatório, podemos observar que a mortalidade vinha apresentando uma suave queda a partir de 2017, declinando mais acentuadamente em 2020 e voltando a crescer a partir de então e exibindo já em 2022 a maior taxa dos últimos cinco anos (123,5 óbitos prematuros por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos). Já em relação à mortalidade prematura por neoplasias malignas, verificamos um crescimento contínuo de sua taxa entre os anos de 2014 e 2019 (ano que apresentou o maior risco do período analisado com 110,8 óbitos prematuros por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos). A partir de 2019, essa mortalidade apresentou comportamento decrescente. Em seguida, a mortalidade prematura por diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas apresentam comportamentos semelhantes, sendo seus riscos menores e relativamente constantes, quando comparado com as principais DCNT analisadas, conforme análise da série histórica (Figura 10).

Figura 10 - Taxa de mortalidade prematura (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos), segundo as principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Ceará, 2013-2022



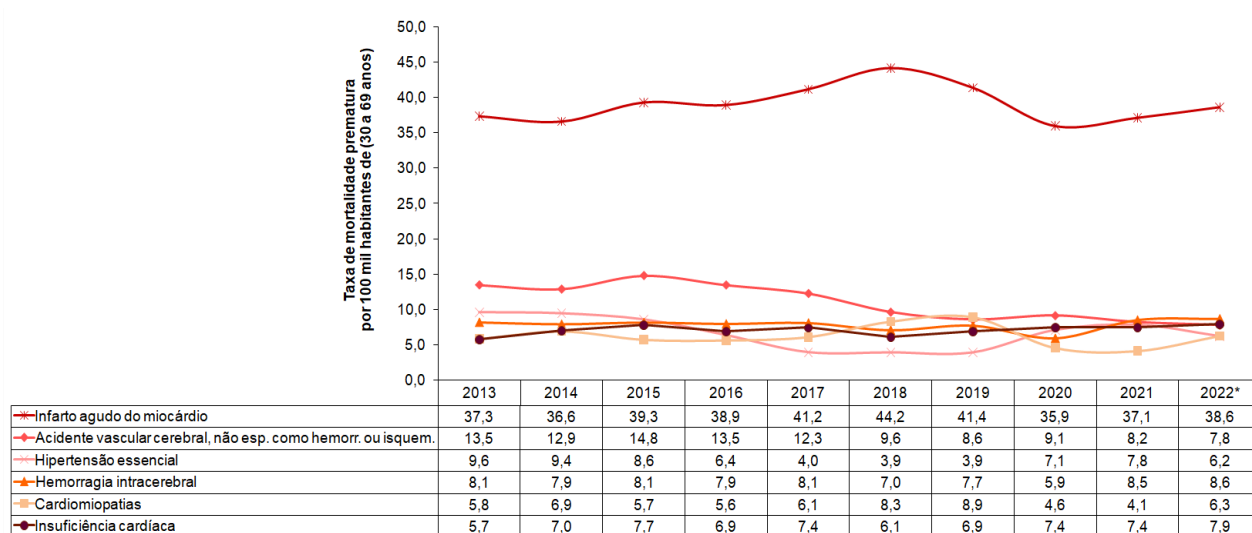
Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP. Dados de 2013 a 2021 consultados no site do DATASUS no dia 09/08/2023;
*Dados de 2022 atualizados até 03/10/2023, sujeitos à alterações e revisão.

Sendo as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas como as DCNT mais predominantes quando comparadas aos demais grupos, segue abaixo, uma breve análise dos grupos que evidenciam os maiores riscos de mortalidade prematura.

A figura 11 apresenta o comportamento da taxa de mortalidade prematura pelos principais grupos específicos relacionados às doenças do aparelho circulatório nos últimos dez anos. Verifica-se que o infarto agudo do miocárdio apresenta preponderantemente o maior risco de mortalidade prematura, chegando a registrar uma taxa de 44,2 (óbitos por habitantes de 30 a 69 anos) no ano de 2018, quando passa a declinar até o ano de 2020. Ressalta-se, contudo, tendência de crescimento no último biênio (2021/2022). Em seguida, observa-se no Acidente Vascular Cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico, uma tendência de diminuição, que se apresenta como segunda maior causa até o ano de 2018, quando passa a concorrer em

risco de morte com os demais grupos específicos relacionados às doenças do aparelho circulatório.

Figura 11 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) segundo os principais grupos específicos relacionados às doenças do aparelho circulatório (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos), Ceará, 2013 a 2022*

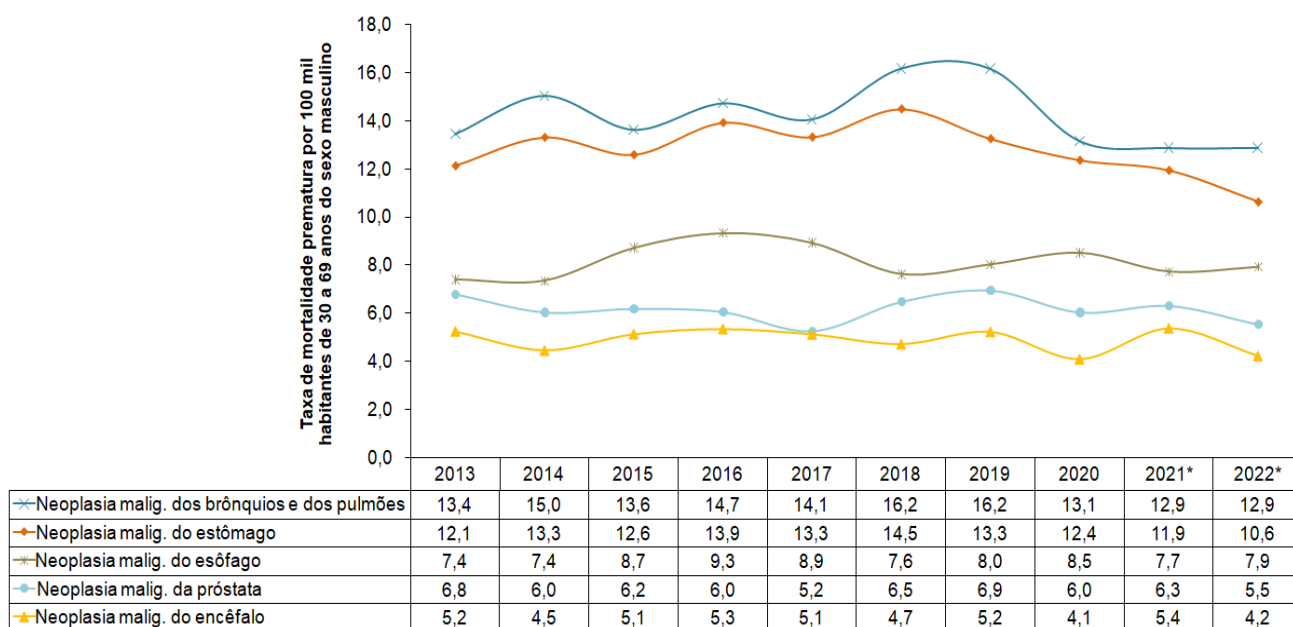


Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP. Dados de 2013 a 2021 consultados no site do DATASUS no dia 09/08/2023;

*Dados de 2022 atualizados até 03/10/2023, sujeitos à alterações e revisão.

Analisando a mortalidade por neoplasias malignas, segundo sexo, observa-se que no sexo masculino os maiores riscos de morte prematura por neoplasias nos últimos dez anos (2013 a 2022) ocorreram pela neoplasia maligna de brônquios e pulmões, seguidas pela neoplasia maligna do estômago, do esôfago e da próstata. Os maiores riscos de mortalidade por neoplasia maligna de brônquios e pulmões ocorreram nos anos de 2018 e 2019, que evidenciaram 16,2 óbitos por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos do sexo masculino, e depois dos essa taxa apresenta declínio. Com relação à mortalidade prematura por neoplasia maligna do estômago, verifica-se um acentuado declínio da taxa a partir de 2018, passando de 14,5 para 10,6 (óbitos por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos do sexo masculino) no ano de 2022 (Figura 12).

Figura 12 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) segundo os cinco principais tipos de neoplasias malignas (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos do sexo masculino). Ceará, 2013 a 2022

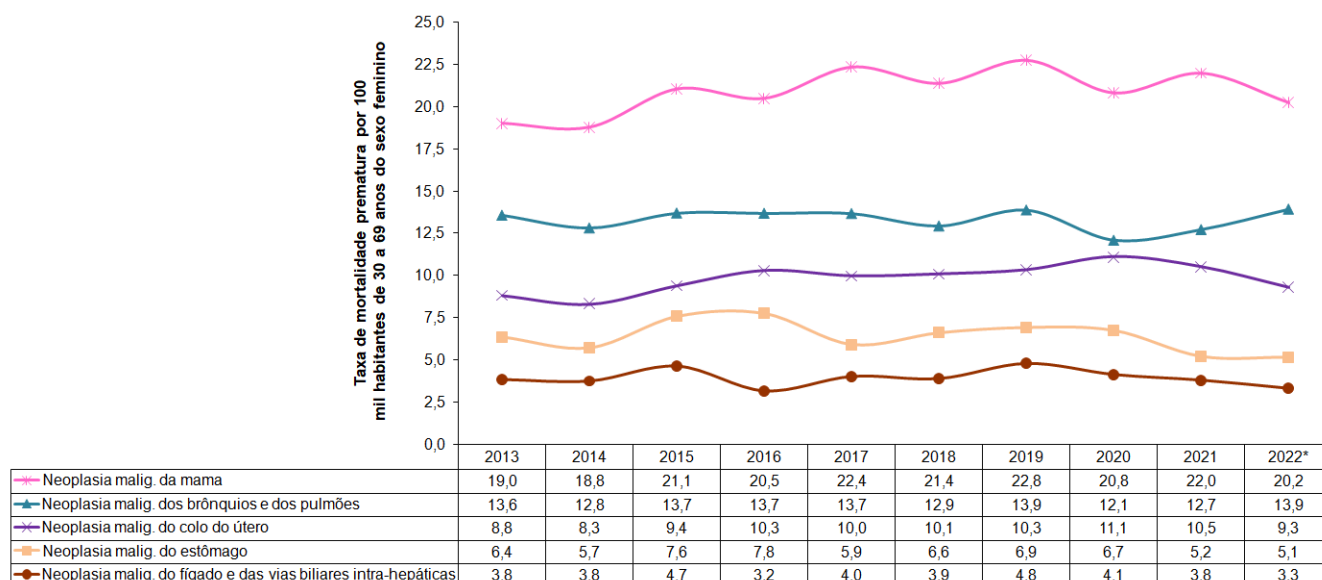


Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP. Dados de 2013 a 2021 consultados no site do DATASUS no dia 09/08/2023;

*Dados de 2022 atualizados até 03/10/2023, sujeitos à alterações e revisão.

Analisando a mortalidade por neoplasias malignas, segundo sexo, observa-se que no sexo feminino a neoplasia maligna da mama é a que apresenta o maior risco de morte prematura em todos os anos considerados, com taxas sempre altas e variando entre 18,8 e 22,8 (óbitos prematuros por 100 mil hab. do sexo feminino), respectivamente em 2014 e 2019. Depois da mama, as neoplasias malignas de brônquios e pulmões, seguidas da neoplasia maligna do colo do útero e do estômago são as que, em todos os anos, apresentam maiores riscos de mortes prematuras no sexo feminino (Figura 13).

Figura 13 - Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) segundo os cinco principais tipos de neoplasias malignas (por 100 mil habitantes de 30 a 69 anos do sexo feminino). Ceará, 2013 a 2022



Fonte: SESA/SEVIC/COVEP/CEVEP. Dados de 2013 a 2021 consultados no site do DATASUS no dia 09/08/2023;

*Dados de 2022 atualizados até 03/10/2023, sujeitos à alterações e revisão.

Contudo, é importante destacar que para uma maior redução da mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelos principais grupos de DCNT, faz-se necessário a prevenção dessas doenças e promoção da saúde, de maneira que envolva, sobretudo, ações estratégicas intersetoriais por meio de incentivo à alimentação saudável, à prática de atividades físicas e a programas de redução do consumo de álcool e do tabagismo.

2.1.7.5. Mortalidade Por Causas Externas

Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população. São agrupados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sob a denominação de causas externas, os quais devem ser estudados em conjunto, mas mantendo suas individualidades.

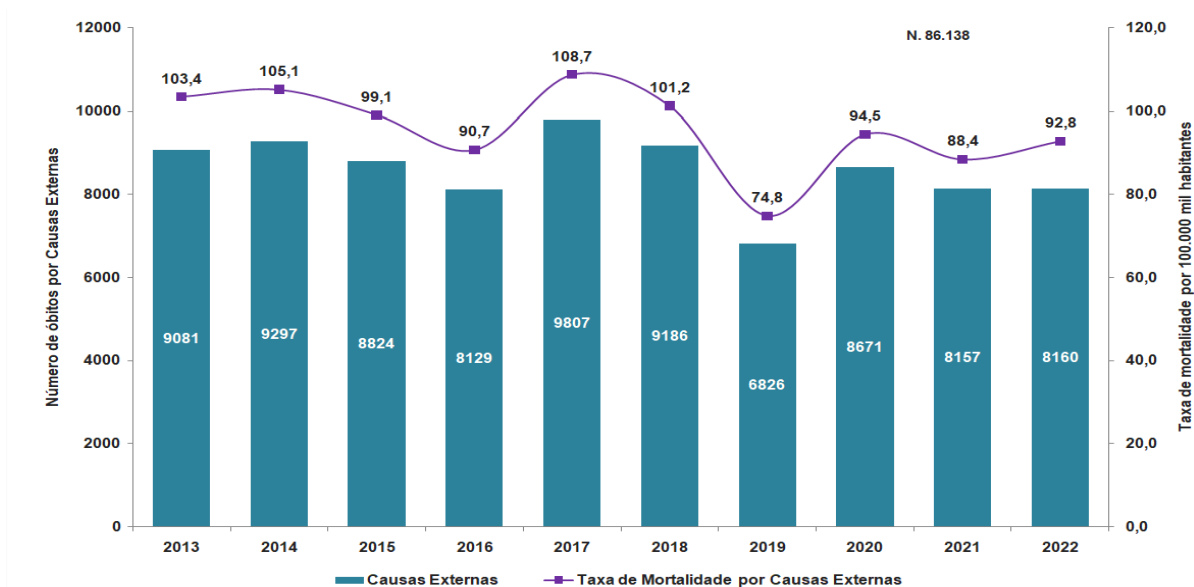
As causas externas referem-se a eventos ou situações que geram agravos ou mortes fora das causas naturais ou doenças específicas, sendo esse grupo de eventos denominados como homicídios, suicídios,

acidentes de transporte terrestre, quedas, e outros eventos não relacionados a condições médicas subjacentes.

Devido à sua natureza multicausal, as causas externas interessam ao setor da saúde, principalmente devido ao número de mortes e morbidades que provocam. A resposta do Ministério da Saúde para enfrentar essa realidade está expressa na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, sendo um instrumento orientador da atuação do setor saúde nesse contexto.

No estado do Ceará, no período entre 2013 e 2022, foram contabilizados 86.138 óbitos por Causas Externas. Analisando o comportamento dessa mortalidade, observa-se oscilações na série histórica analisada, sendo evidenciado o maior número de óbitos e a maior taxa de mortalidade em 2017, correspondendo a 9.807 óbitos e 108,7 óbitos por 100 mil habitantes. Somado a isso, foi registrado o menor número de óbitos em 2019 (n=6.826). Cabe ainda destacar que essa mortalidade apresentou um aumento significativo entre 2019 e 2020, que passou de 74,8 para 94,5 óbitos por 100 mil habitantes (Figura 13).

Figura 14 - Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por Causas Externas. Ceará, 2013-2022



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP. Dados consultados no site DATASUS, atualizados até 03/10/2023*, sujeitos à alterações.

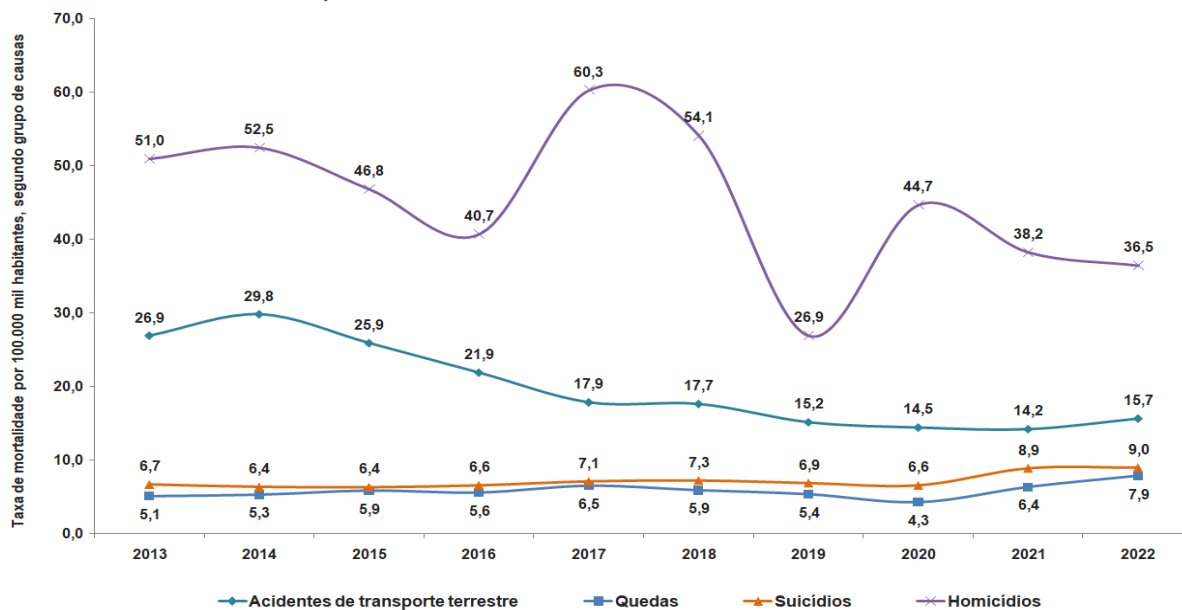
No período da análise, que se estende de 2013 a 2022, observa-se que os homicídios se destacam como a principal causa de mortalidade

por causas externas. O pico dessa mortalidade ocorreu no ano 2017, com 5.439 homicídios registrados e com a taxa de 60,3 óbitos por 100 mil habitantes. Entretanto, houve uma notável redução no número desses óbitos no ano de 2019, que registrou uma taxa de 26,9 óbitos por 100 mil habitantes. Embora tenha ocorrido essa redução, é observado logo em seguida, no ano de 2020, um aumento dessa mortalidade (4.103 óbitos e a taxa de 44,7 óbitos por 100 mil habitantes).

No que diz respeito aos Acidentes de Transporte Terrestre (ATT), que representam o segundo maior risco de mortalidade por causas externas durante esse período, verificou-se uma tendência constante de redução na taxa de mortalidade de 2014 a 2021. Contudo, em 2022, essa tendência foi interrompida, com um aumento na taxa que chegou a 15,7 óbitos por 100 mil habitantes.

É de suma importância destacar que, ao longo do período específico, o suicídio emergiu como a principal causa de risco de morte nos anos de 2021 e 2022, com taxas de 8,9 e 9,0 óbitos a cada 100 mil habitantes, respectivamente. Além disso, as quedas destacaram-se em 2022, apresentando o maior risco de mortalidade da série histórica por essa causa específica, com 7,9 óbitos a cada 100 mil habitantes (Figura 15).

Figura 15 - Taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) por grupos específicos por Causas Externas. Ceará, 2013-2022



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP. Dados consultados no site DATASUS, atualizados até 03/10/2023*, sujeitos à alterações.

2.2. Panorama da Vigilância em Saúde

2.2.1. Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

Nesse contexto a Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde (COVEP) tem como objetivo principal implementar ações de prevenção e controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que as condicionam, numa área geográfica ou população definida. Deste modo, atua na coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; divulgação das informações; investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos; análise e acompanhamento de indicadores de saúde e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

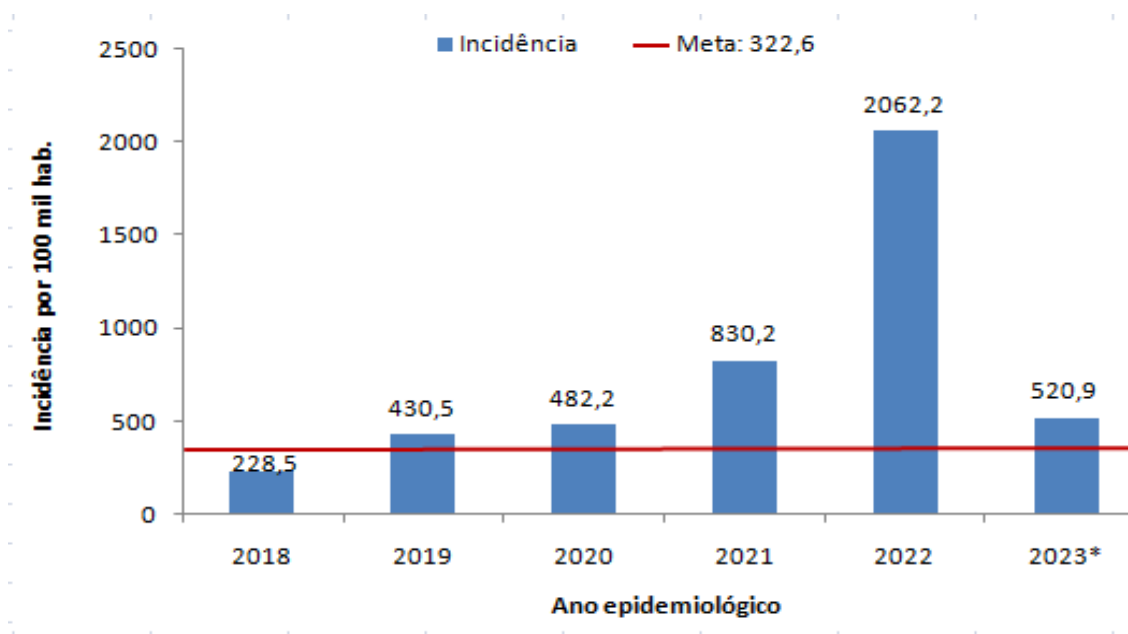
Importante destacar que a COVEP atua de forma articulada com demais áreas da vigilância em saúde, como Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), Laboratório Central (LACEN), Coordenadoria de Imunização (COIMU), Coordenadoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador, bem como demais secretarias executivas da Sesa.

2.2.1.1. Arboviroses

As arboviroses são doenças causadas por arbovírus, sendo dengue, chikungunya e zika de importância epidemiológica para o Ceará. Com a circulação desses três arbovírus, novos cenários epidemiológicos foram identificados no Ceará, como o aumento da prevalência de incapacidades, cronicidade, complicações neurológicas, aumento na incidência de casos graves, óbitos e ainda danos aos conceitos pelas infecções nas gestantes. Geram ainda custos sociais diretos e indiretos como o absenteísmo laboral, a assistência ao paciente e a sobrecarga nos serviços de saúde. Daí a importância no controle do vetor dessas doenças para consequente redução na

incidência dessas doenças no estado. Entre os anos de 2018 e 2023, observa-se a incidência crescente dos casos notificados de arboviroses do Ceará, com pico em 2022 alcançando 2.062,2 casos por 100 mil habitantes (Figura 16). Nos anos em análise, observa-se que os resultados da incidência no período, somente o ano de 2018 a meta foi alcançada.

Figura 16 - Incidência dos casos notificados de Arboviroses, Ceará, 2018 a 2023*



Fonte: COVEP/SEVIG/SESA. Dados atualizados em 09/10/2023, sujeitos à alterações.

2.2.1.2. Leishmaniose Visceral

A Leishmaniose Visceral (LV), também conhecida como Calazar, é uma zoonose crônica e sistêmica que, quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos.

Devido à magnitude da sua morbidade e mortalidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a LV uma das cinco doenças negligenciadas prioritárias à eliminação, sendo a sua presença relacionada a fatores sociais e ambientais, o que pode influenciar de forma direta na epidemiologia da doença.

No estado do Ceará, a LV é descrita desde a década de 1930, mas, a partir de 1986, passou a ser notificada de forma contínua. De janeiro de 2018 a setembro de 2023, foram registrados 1.453 casos humanos confirmados, com uma média de 433 casos ao ano, a maioria autóctone (6.005; 86,7%). Os coeficientes de incidência apresentaram tendência temporal cíclica, com declínio mais expressivo no ano de 2020 (2,18 casos por 100.000 habitantes) e no último ano, passando para 1,82 casos por 100.000 habitantes em 2023. Os valores mais elevados foram observados nos anos de 2018 (3,93 casos por 100.000 habitantes) e 2019 (3,35 casos por 100.000 habitantes) (Figura 17).

Figura 17 - Distribuição dos casos e coeficientes de incidência de LV (por 100.000 hab.), Ceará, 2018-2023 (N=1.453)

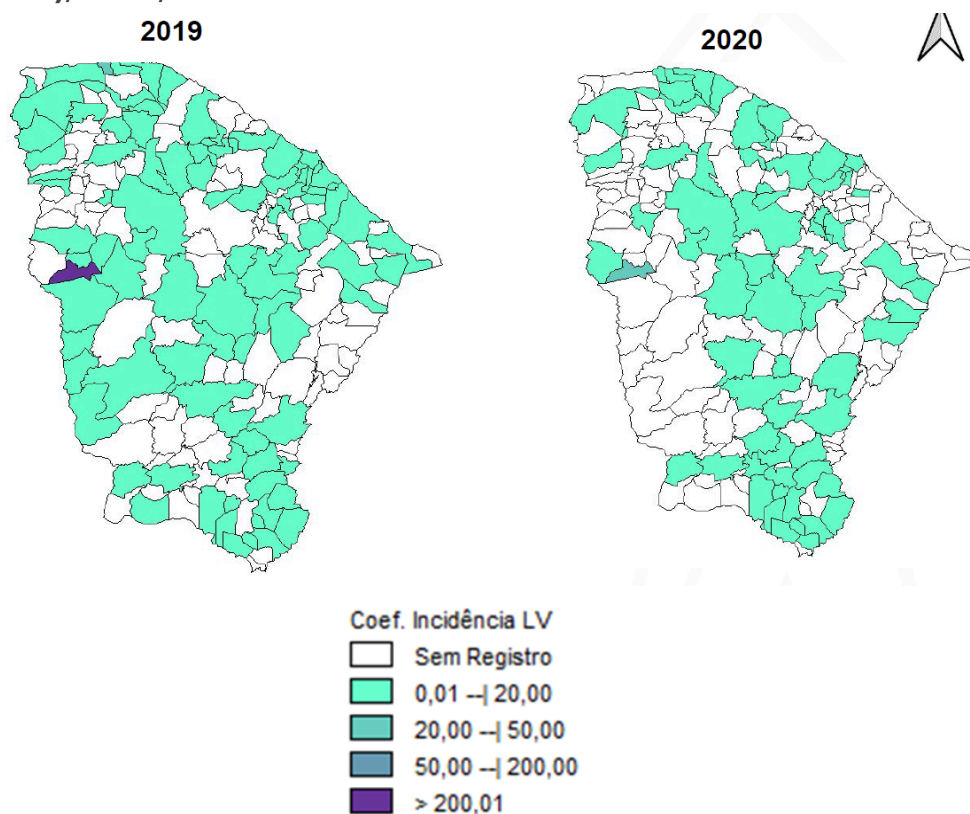


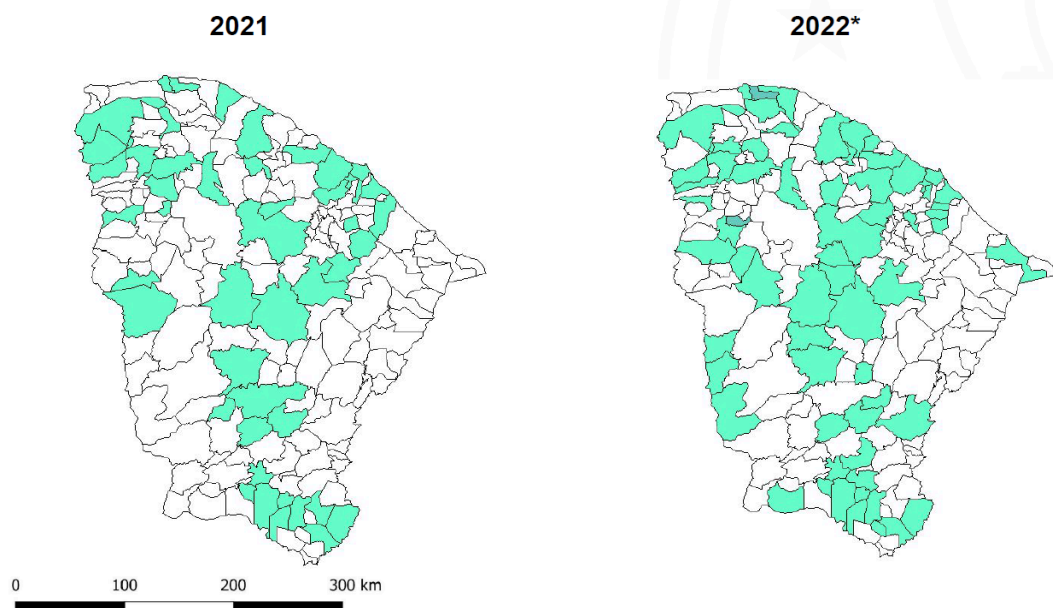
Fonte: Sinan CEVOP/COVOP/SESA; dados sujeitos à alteração.

Em 2019, 92 municípios registraram coeficientes de incidência de até 20,0 casos por 100.000 habitantes, com uma média de 6,1 casos por 100.000 habitantes, com destaque para o município de Ipaporanga que apresentou a maior incidência (208,7 por 100.000 hab.).

No ano de 2020, Ipaporanga se destacou novamente, com incidência de 34,7 casos por 100.000 habitantes; e 64 municípios registraram até 20,00 casos por 100.000 habitantes (média=5,2). Em 2021, 138 municípios não registraram casos e 46 tiveram até 20,0 casos por 100.000 habitantes (média=4,1). Até a SE 43 de 2022, 64 municípios registraram casos, sendo o maior indicador (33,6 por 100.000 hab.) detectado em Cruz, localizado na região Norte do Estado (Figura 17).

Figura 17 - Distribuição espacial dos coeficientes de incidência de LV (por 100.000 habitantes), Ceará, 2019-2022





Fonte: Sinan CEVEP/COVEP/SESA; dados sujeitos à alteração.

2.2.1.3. Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA)

As Doenças Diarreicas Agudas (DDA) correspondem à síndrome causada por diferentes agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitos intestinais oportunistas), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com diminuição da consistência das fezes. Em alguns casos, há presença de muco e sangue. Podem ser acompanhadas de náusea, vômito, febre e dor abdominal.

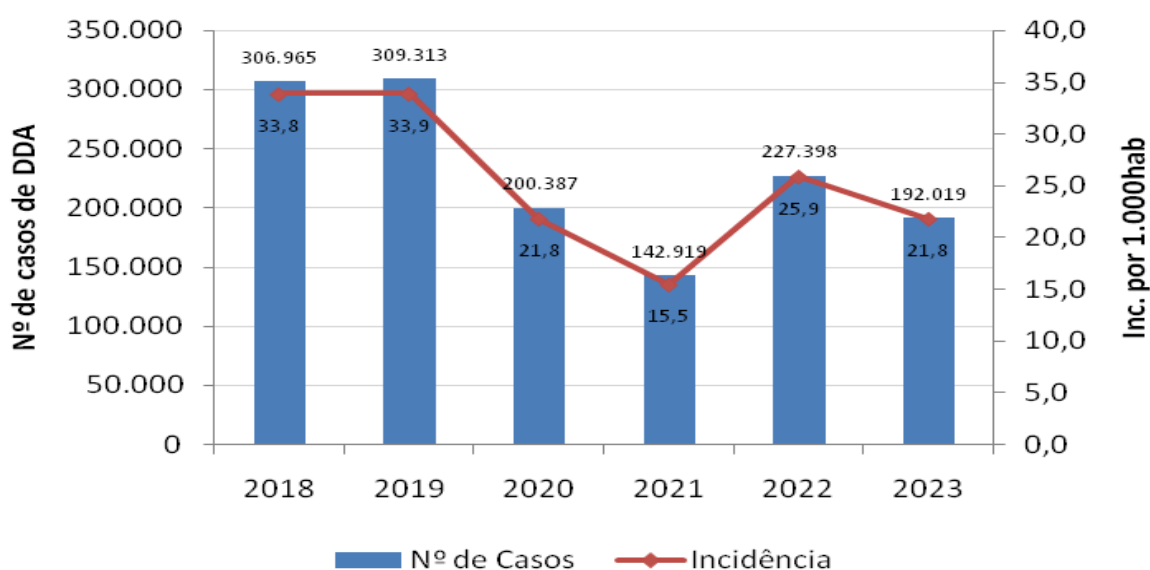
No Brasil são reconhecidas como importante causa de morbimortalidade, mantendo relação direta com as precárias condições de vida e saúde dos indivíduos, em consequência da falta de saneamento básico e desnutrição crônica, entre outros fatores.

No geral, é autolimitada, com duração de até 14 dias. As formas variam desde leve até grave, com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas à desnutrição. O período de incubação das DDA varia conforme o agente etiológico causador, mas usualmente é curto, variando de um a sete dias. Os agentes mais frequentes são os de origem bacteriana e viral, como, por exemplo, *Salmonella* spp., *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, rotavírus, norovírus e adenovírus.

A vigilância epidemiológica das doenças diarreicas agudas é composta pela Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA), que compreende a identificação dos casos de DDA atendidos em unidades sentinelas, o registro destes em formulários (Impressos I e II) e a inserção semanal no Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas (Sivep-DDA) – conforme semana epidemiológica (SE) correspondente à data do início dos sinais e sintomas.

O objetivo principal da MDDA é permitir a detecção precoce de surtos ou de quaisquer alterações no padrão epidemiológico das DDA. Nos anos de 2018 a 2023* (até a Semana Epidemiológica 41), foram registrados 1.379.001 casos de DDA no estado do Ceará (Figura 18).

Figura 18 - Número e incidência de casos de DDA, Ceará, 2018 a 2023* (N=1.379.001)



Os anos de 2018 e 2019 tiveram as maiores ocorrências, apresentando uma incidência de 33,8% e 33,9% respectivamente. O ano de 2023 (até a SE41) registrou 192.019 casos de DDA, com uma incidência de 21,8%.

2.2.1.4. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) – Ceará

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), diariamente, no mundo, são diagnosticados mais de um milhão de

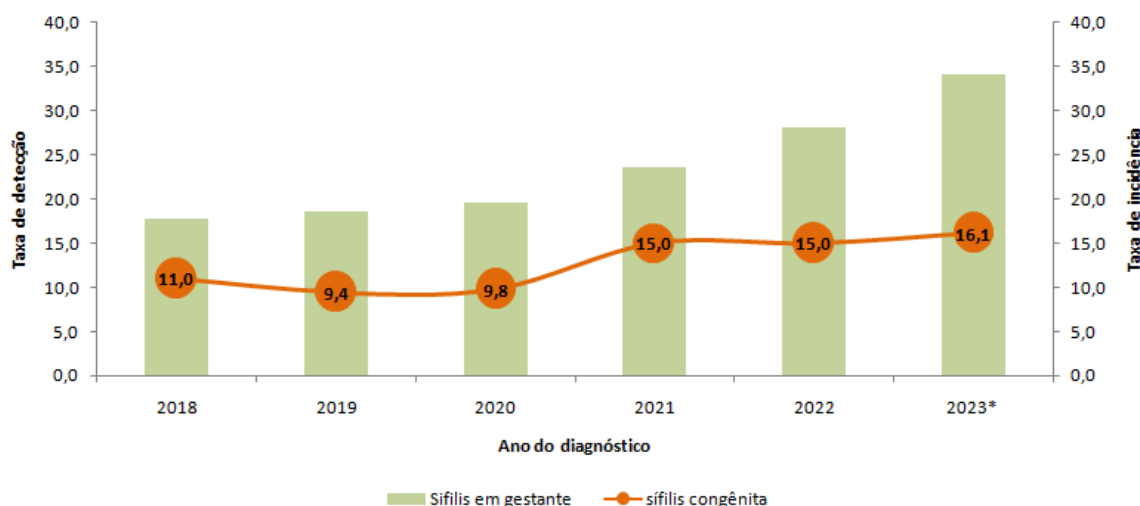
casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Tendo como base essa estimativa, calcula-se aproximadamente o surgimento de 357 milhões de novas infecções como: clamídia, gonorreia, sífilis e/ou tricomoníase.

No Brasil, a notificação compulsória de sífilis congênita foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; a de sífilis em gestantes, pela Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005; e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Em 2017, com a publicação da Nota Informativa nº 02-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS, os critérios para definição de caso da sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita foram revisados e atualizados.

Objetivando a eliminação da transmissão vertical, em especial, da sífilis, a OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) elencaram para a América Latina e Caribe indicadores de impacto, assim em consonância com o Ministério da Saúde, optou-se por priorizar o indicador Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de 1 ano de idade como base para conferir aos municípios brasileiros a certificação de eliminação da sífilis congênita, tendo como meta $\leq 0,5$ casos/1.000 nascidos vivos.

No Ceará, de 2018 a setembro de 2023, foram notificados no Sinan 8.234 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e 15.036 de sífilis em gestantes. Na série histórica analisada observa-se que a taxa de sífilis congênita apresenta tendência de aumento, com estabilização nos anos de 2021 e 2022. A taxa de incidência apresentou um incremento de 37,8% entre os anos de 2018 a 2022 (Figura 19).

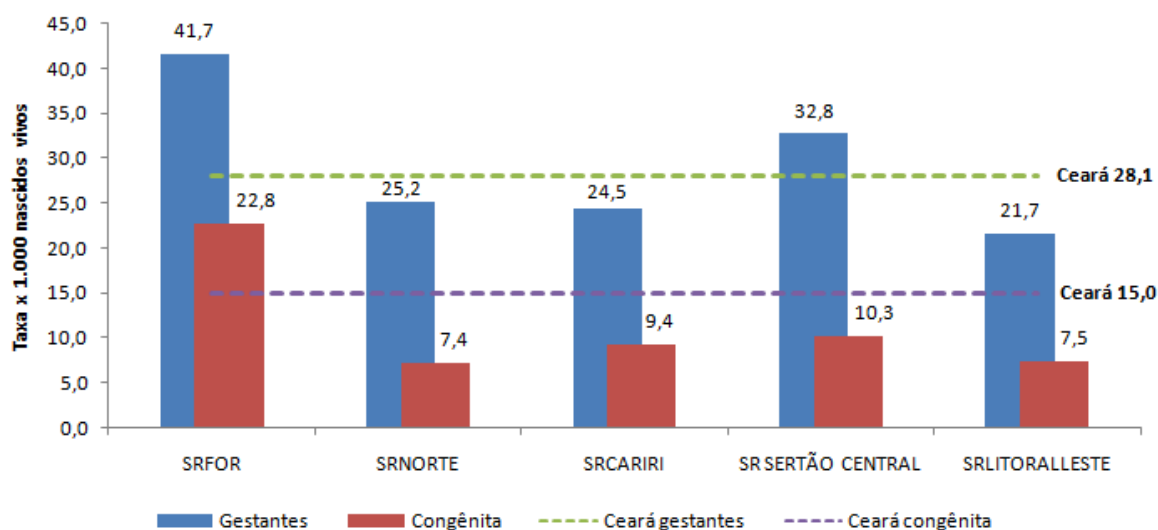
Figura 19 - Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade e taxa de detecção de sífilis em gestante (1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Ceará, 2018 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/SINAN/SINASC - Dados sujeitos a alterações, tabulados em 19 de setembro de 2023.

Em 2022 em todas as regiões de saúde do estado as taxas de detecção de sífilis em gestante foram superiores às de sífilis congênita, conforme figura 20. A Superintendência de Fortaleza e Sertão Central registram taxas de detecção de sífilis em gestante superiores às estaduais. Já em relação à sífilis congênita, a Superintendência de Fortaleza apresentou a maior taxa de incidência do estado.

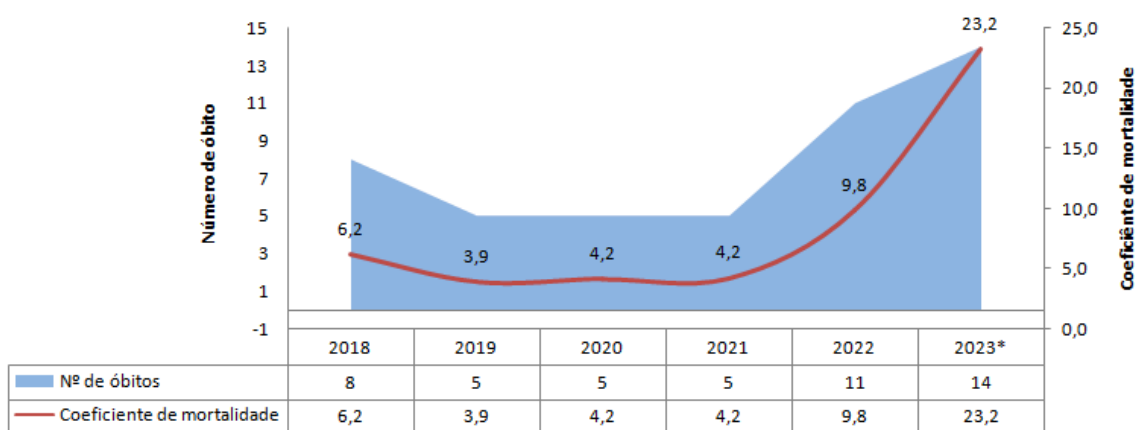
Figura 20 - Taxa de detecção de sífilis gestante e taxa de incidência e sífilis congênita segundo ano de diagnóstico e Superintendência de Saúde. Ceará, 2022



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/SINAN/SINASC - Dados sujeitos a alterações, tabulados em 19 de setembro de 2023.

Na figura 21, observa-se os coeficientes de mortalidade infantil por sífilis congênita segundo o Sistema de Informações de Mortalidade – SIM. No período de 2018 a setembro de 2023 foram registrados 48 óbitos com causa básica de sífilis congênita. O coeficiente de mortalidade variou entre os anos de 2018 a 2021, apresentando tendência de aumento nos anos seguintes, 2022 e 2023, onde já registra o maior número de óbitos entre os anos analisados.

Figura 21 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade infantil por sífilis congênita (por 100.000 NV) segundo ano do óbito. Ceará, 2018 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/SINAN/SINASC - Dados sujeitos a alterações, tabulados em 19 de setembro de 2023.

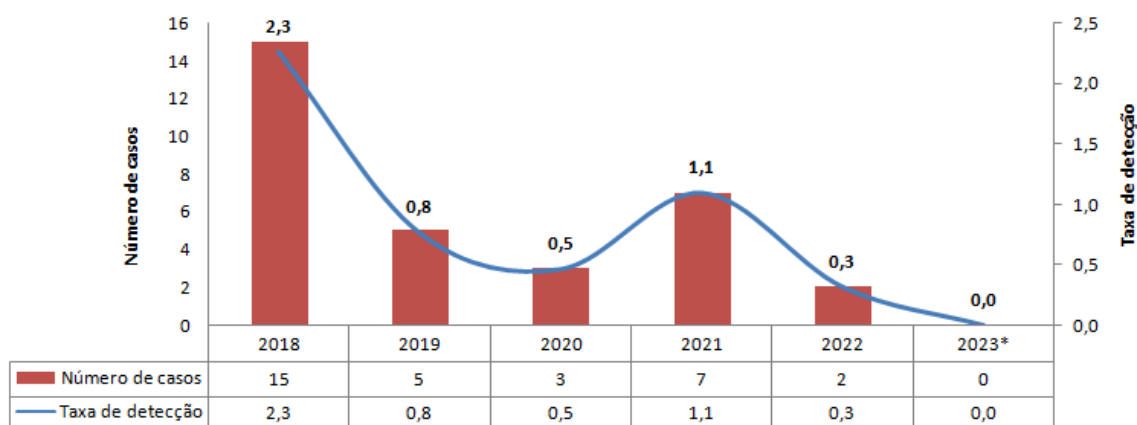
O monitoramento da transmissão vertical do HIV também é um tema de prioridade dentro das ações de controle da IST/HIV/Aids compreendendo a evitabilidade deste agravo. O adoecimento da criança menor de 5 anos de idade já infectada pelo HIV reflete a assistência prestada a esse público e as oportunidades perdidas durante o seguimento clínico dos casos.

A vigilância dos casos de aids tem início em 1986 com a implantação da notificação compulsória em todo território nacional, por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986, posteriormente através da Portaria nº 993 de 04 de setembro de 2000 foi incorporado a notificação das gestantes diagnosticadas com HIV e no ano de 2014 por meio da Portaria nº 1.271 de 06 junho de 2014, houve a incorporação da notificação dos casos de HIV na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças e Agravos.

No período de 2018 a setembro de 2023 foram notificados no estado do Ceará 4.638 casos de aids, desde, 32 casos registrados em crianças menores de 05 anos de idade.

A taxa de detecção variou entre os anos analisados, a maior taxa registrada foi de 2,3/100.000 habitantes no ano de 2018 e a menor foi de 0,3/100.000 habitantes no ano de 2022 (Figura 22).

Figura 22 - Taxa de detecção de aids em menores de cinco anos de idade, segundo ano de diagnóstico. Ceará, 2018 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/SINAN/SINASC - Dados sujeitos a alterações, tabulados em 19 de setembro de 2023.

2.2.1.5. Hanseníase

A hanseníase é uma doença infecciosa de evolução lenta. É causada pelo *Mycobacterium leprae*, também denominado Bacilo de Hansen. Essa micobactéria tem afinidade por células da pele e dos nervos. Por isso, os principais sinais e sintomas dessa doença aparecem na forma de lesões cutâneas e de sintomas neurais periféricos. A doença tem um grande potencial incapacitante e o tratamento precoce e acompanhamento adequado diminuem esse risco, podendo ser supervisionado por meio da Poliquimioterapia Única (PQT-U), oferecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A compreensão do cenário epidemiológico tem como objetivo subsidiar o planejamento, avaliação e monitoramento das ações de prevenção, controle e tratamento do agravo em questão, sendo referência para os profissionais de saúde e comunidade em geral, de

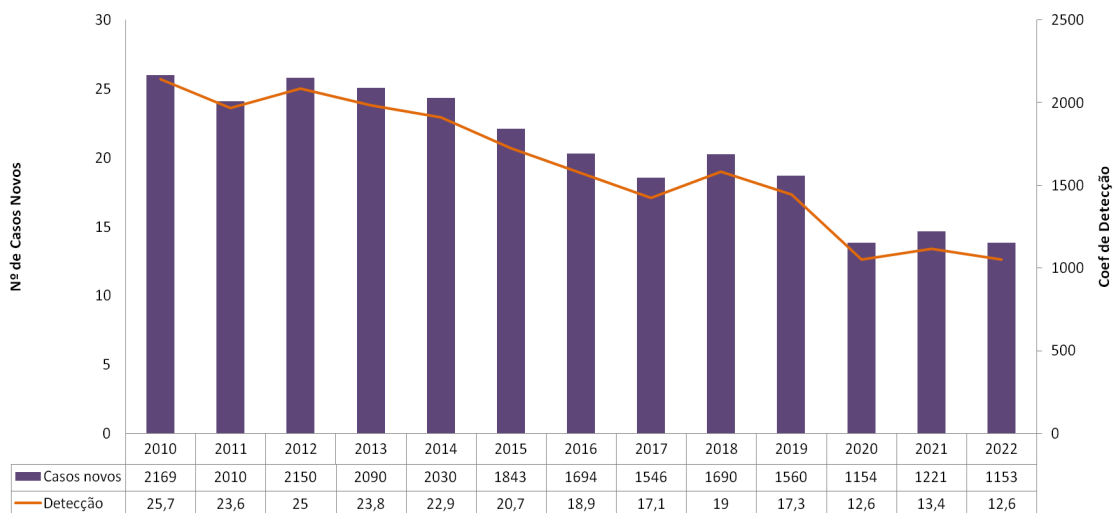
acordo com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde (SUS), do Ministério da Saúde e da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Espera-se que estas informações propiciem o melhor conhecimento da situação de saúde da população em cada região de saúde, caracterizando a dinâmica da epidemia e fortalecendo o sistema de vigilância epidemiológica da hanseníase, reafirmando sua missão de instrumento de informação para a tomada de decisões baseadas em evidências no estado.

A detecção da hanseníase no Estado vem se recuperando desde a pandemia em 2020. Os dados de 2023 são parciais, visto que a base de dados só fecha em abril de 2024. De 2010 a 2022, foram notificados 22.310 casos novos de hanseníase no Ceará, permanecendo com uma média de 1.716 casos novos por ano, com detecção de 19,4% (por 100 mil habitantes), destacando-se a Superintendência Regional de Saúde de Fortaleza como a mais endêmica, a qual registrou 596 casos novos no ano de 2022. O ano de 2023 já notificou 310 casos de hanseníase (Tabela 10; Figura 23).

Tabela 10 - Casos novos de hanseníase por região de saúde. Ceará, 2021 e 2022

Sup. Regional de Saúde	Casos Novos de Hanseníase	
	2021	2022
SR Fortaleza	604	596
SR Cariri	188	190
SR Sobral	255	218
SR Litoral Leste/ Jaguaribe	107	84
SR Sertão Central	48	47

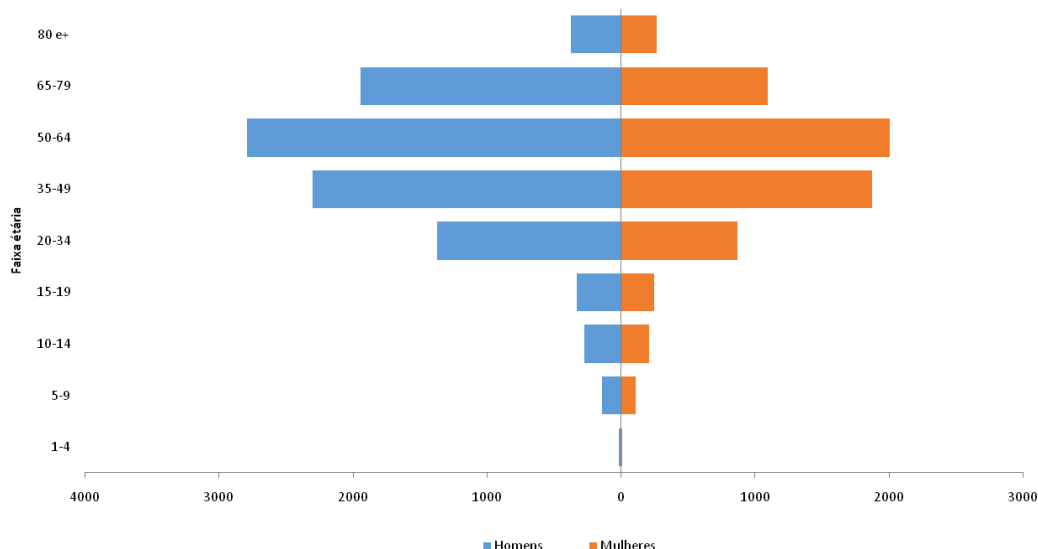
Figura 23 - Coeficiente de detecção (por 100 mil habitantes) de casos novos de hanseníase na população geral. Ceará, 2010 a 2022*



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/SINAN 2010-2022. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 19/10/2023.

No acumulado do período de 2018 a 2022, identificou-se que, em todas as faixas etárias, o sexo masculino mostra a maior proporção de casos (58,8%). Vale ressaltar uma variação maior da proporção entre os sexos, de aproximadamente 20%, após os 50 anos. Entre as mulheres (41,2%), as maiores proporções ocorreram nas faixas etárias de 35 a 49 anos (28,2%) e de 50 a 64 anos (29,1%) (Figura 24).

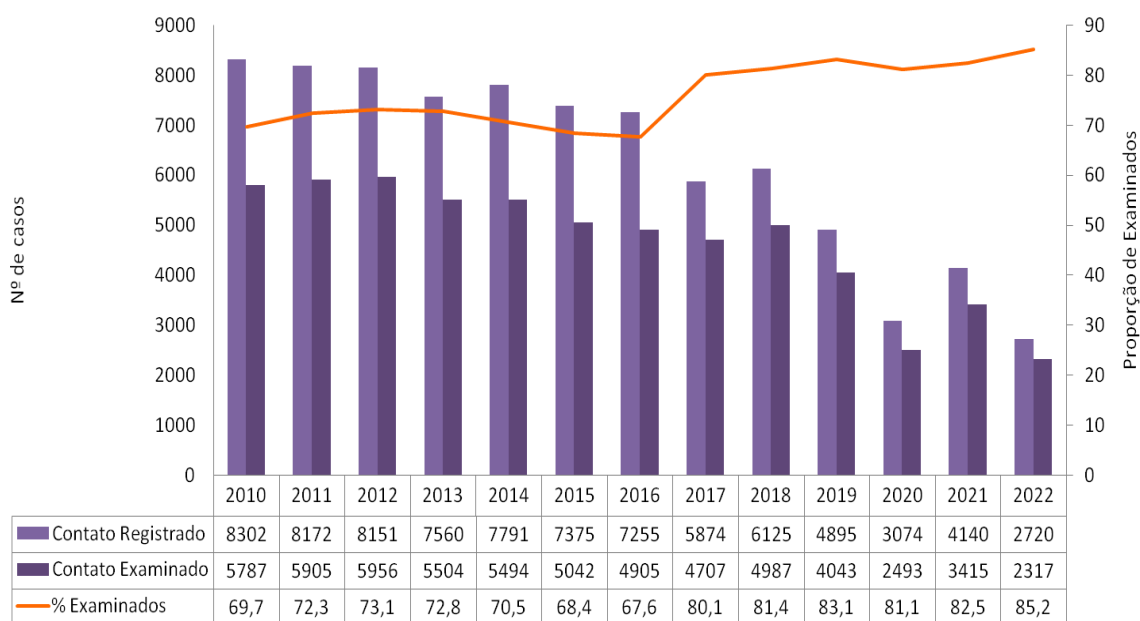
Figura 24 - Proporção de casos novos de hanseníase, segundo sexo, entre o total de casos novos diagnosticados no ano. Ceará, 2018 a 2022*



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/SINAN 2010-2022. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 19/10/2023.

O principal objetivo desta iniciativa é estabelecer a busca e avaliação de contatos como uma rotina na atenção primária, avaliando anualmente por um período de 5 anos, aumentando o diagnóstico precoce e consequentemente diminuindo as incapacidades físicas causadas pela doença. Mais de 72% dos casos novos do Estado do Ceará são multibacilares, ou seja, são a fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença. Mantemos uma média de 75,9% de contatos examinados no Estado. Mesmo em período pandêmico, as avaliações de contato melhoraram a cobertura, chegando a 85,2% em 2022 e atualmente 2023 (dados parciais) com 75,1% (Figura 25).

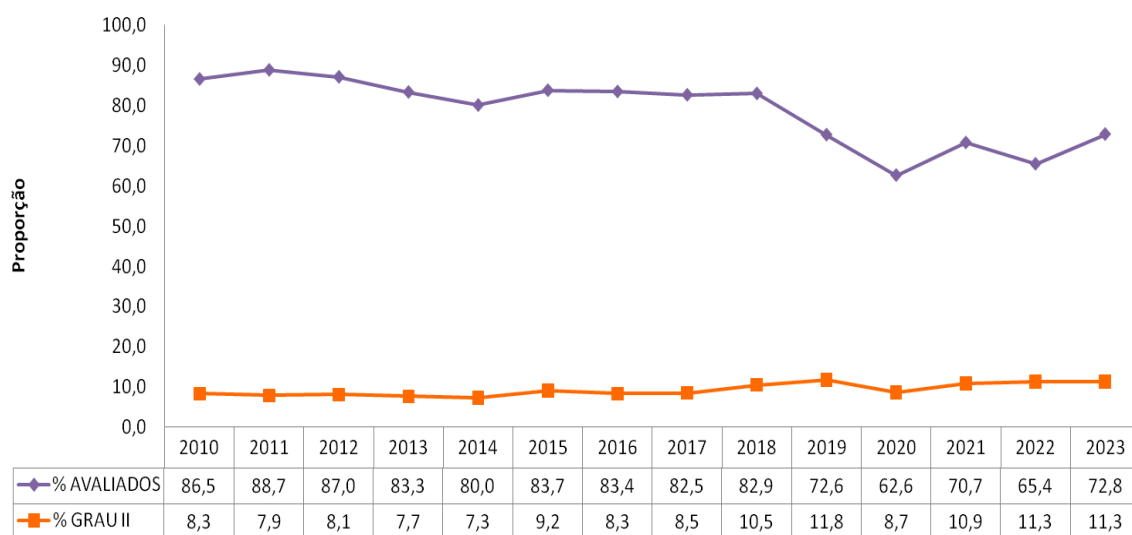
Figura 25 - Proporção contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, Ceará, 2010 a 2022*



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/SINAN 2010-2022. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 19/10/2023.

O Grau de Incapacidade Física (GIF) é uma escala que padroniza as incapacidades decorrentes do curso da hanseníase. A doença pode evoluir com diferentes tipos e graus de incapacidade, trazendo prejuízos para o desempenho ocupacional. Além disso, o GIF é um indicador do monitoramento e da evolução dos casos. Avaliando a série histórica de 2010 a 2022, a avaliação do grau de incapacidade física manteve uma média de 78,7% dos casos, destacando a evolução no diagnóstico com Grau de Incapacidade Física 2 (GIF 2) de 9,3%, que configura um diagnóstico tardio da doença no Estado. No Ceará, atualmente (dados parciais) estamos com um percentual de 72,8% dos casos avaliados com **11,3% com GIF 2** (Figura 26).

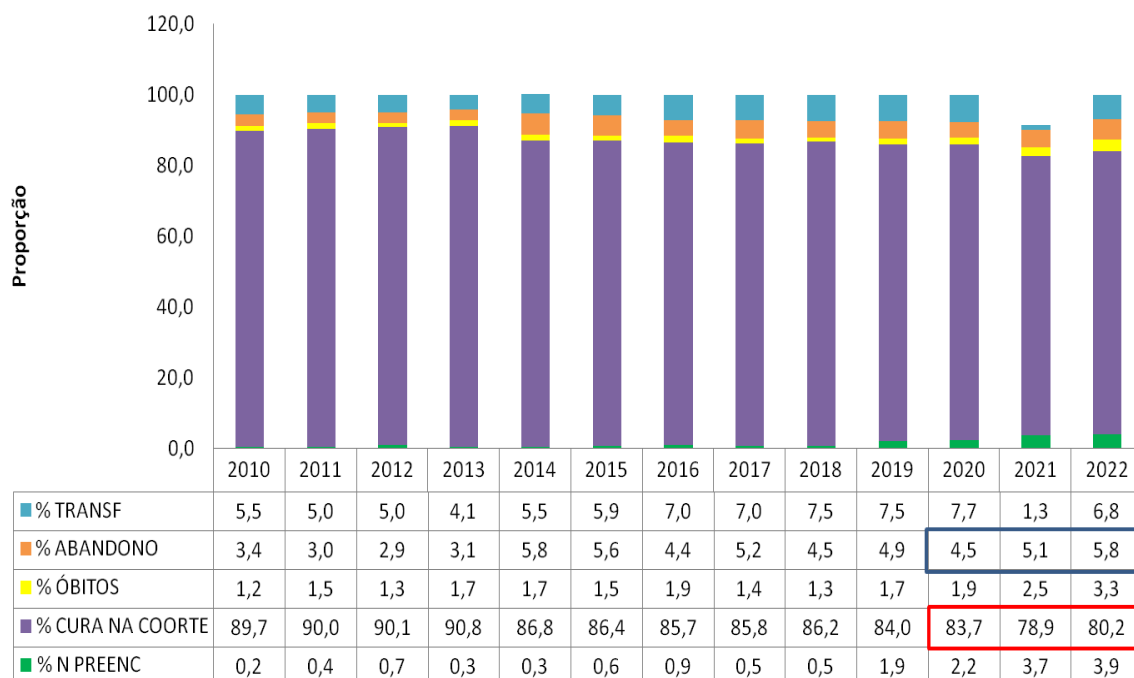
Figura 26 - Proporção de casos novos diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliados, Ceará, 2010 a 2022*



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/SINAN 2010-2022. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 19/10/2023

O estado do Ceará mantém uma média de 86,0% de cura e 4,5% de abandono. Entretanto, em 2020 enfrentou-se o aumento do abandono devido à pandemia. A recuperação ocorreu já em 2022, com 80,2% de cura com um aumento proporcional no abandono, totalizando 5,8%, lembrando que as metas nacionais que são 90% de cura e abandono abaixo de 10%.

Figura 27 - Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nas coortes e abandono, Ceará, 2010 a 2022*



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/SINAN 2010-2022. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 19/10/2023

2.2.1.6. Tuberculose

A tuberculose (TB) ainda é uma doença com grande potencial de letalidade e muitas pessoas perdem suas vidas antes mesmo de receber o diagnóstico. O tema da campanha global lançada ainda em fevereiro pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é: “Sim! Podemos acabar com a Tuberculose”; e traz a priorização das ações concretas para retomar a resposta à tuberculose após o grande impacto da pandemia de Covid-19.

Os países em desenvolvimento mantêm altas taxas de morbimortalidade pela doença. Reconhecem-se grupos populacionais como aqueles que, por suas condições de vida e saúde, possuem risco de adoecimento maior que outros, tais como os indígenas, pessoas que vivem com HIV/aids, pessoas privadas de liberdade (PPL) e a população em situação de rua. Esses grupos são reconhecidos pelo Ministério da Saúde (MS) como populações especiais, e estão em situação de maior vulnerabilidade social e mais suscetíveis à infecção.



10,6 milhões de pessoas
desenvolveram TB



1,5 milhão de pessoas
morreram por TB



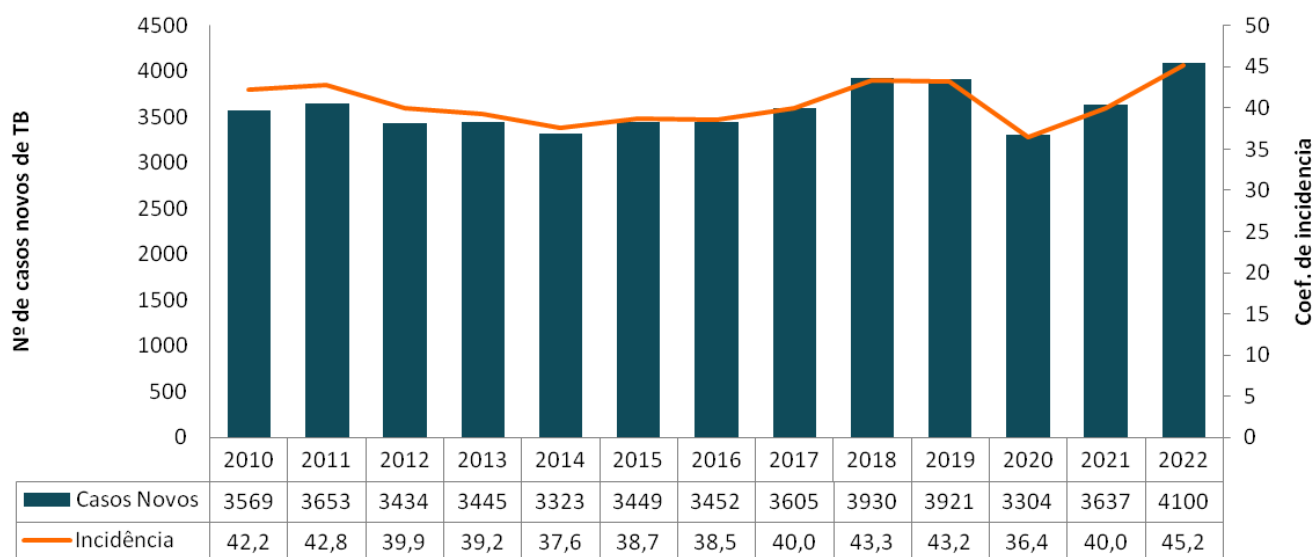
214 mil pessoas que viviam com
HIV morreram por TB



106.030 pessoas foram
diagnosticadas
TB-MDR ou TB-RR

No que tange ao adoecimento no Ceará, entre 2010 e 2022 a média anual de notificações de casos novos foi de 3.600 e o número de óbitos foi de 202. Os coeficientes de incidência e mortalidade apresentaram média de 40,2 (por 100 mil habitantes), respectivamente, permanecendo abaixo da média do Brasil. Desde o ano de 2020, o Ceará apresenta coeficiente de incidência maior que o nacional; no entanto, o coeficiente de mortalidade é em torno de 50% menor que os observados no País. Em 2023, o Ceará já registrou 2987 casos novos de Tuberculose com frequência de 200 casos semanais (Figura 28).

Figura 28 - Número de casos novos e incidência de tuberculose, Ceará, 2010 a 2022



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/SINAN 2010-2022. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 19/10/2023.

A vigilância de óbito se enquadra no conceito de vigilância epidemiológica que compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos e a proposição de medidas de prevenção e controle. Para incorporar o uso da informação na adoção de medidas de prevenção dos óbitos evitáveis, por meio da melhoria da assistência, as ações de vigilância (identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos) devem ser implementadas.

A ocorrência de casos notificados no SIM e não notificados no Sinan pode sugerir barreiras no acesso aos serviços de saúde e falhas na qualidade do sistema, uma vez que, provavelmente, o diagnóstico foi dado ao indivíduo em situação extrema – óbito, por exemplo, sem ter sido diagnosticado previamente pela rede de atenção à saúde, em especial a atenção primária se considera pós óbito. A vigilância do pós óbito teve início no ano de 2014.

A taxa de mortalidade no estado manteve-se estável entre os anos de 2017 e 2019. Em 2020, foi observado uma queda acentuada do número de óbitos. Fortaleza é o município com maior número de óbitos por tuberculose, chegando a 50% do total de óbitos do Estado. A média de óbitos anual configura-se em 212 óbitos. (Figura 29; Tabela 11).

Figura 29 - Número de óbitos e taxa de mortalidade (por 100 mil habitantes) de Tuberculose por causa básica, Ceará, 2010 a 2022

Fonte: SESA/COVER/CEVEP/SIM 2010-2022. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 19/10/2023.

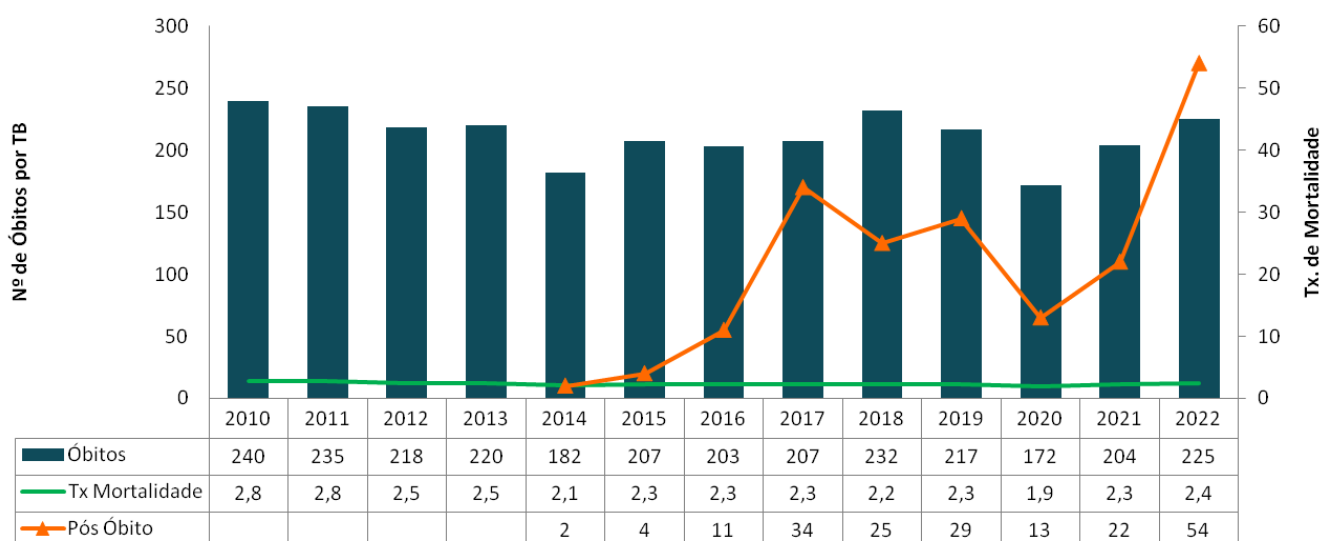


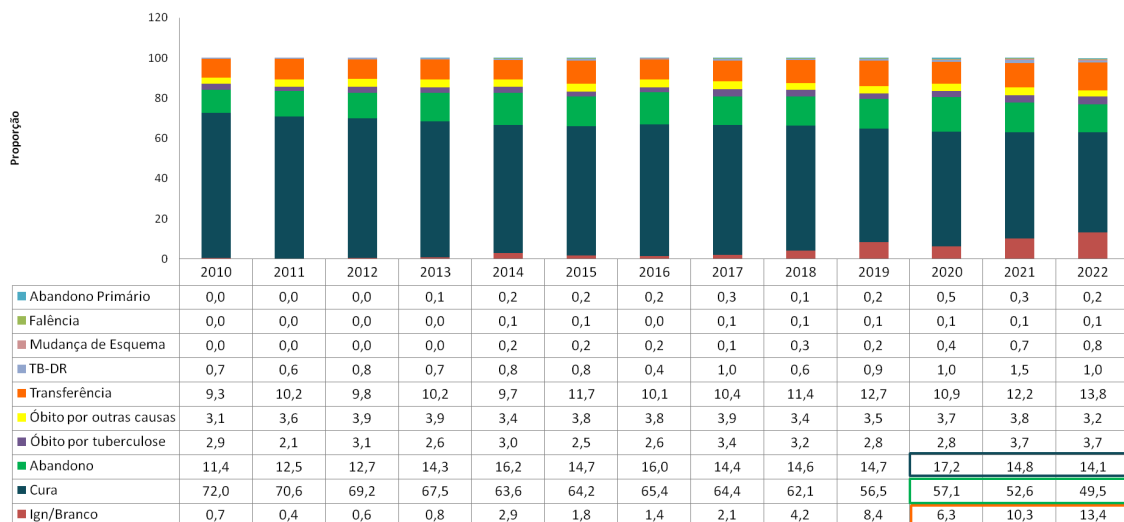
Tabela 11 - Casos novos de tuberculose por região de saúde. Ceará, 2021 e 2022

Sup. Regional de Saúde	Casos Novos de Tuberculose		Óbitos por Tuberculose	
	2021	2022	2021	2022
SR Fortaleza	2523	2886	138	156
SR Cariri	350	375	29	35
SR Sobral	559	631	22	26
SR Litoral Leste/ Jaguaribe	66	108	06	03
SR Sertão Central	115	103	09	07

Fonte: SESA/COVEP/CEVEP – SINAN. Dados atualizados em 19/10/2023 sujeitos à revisão.*

De acordo com a série histórica de 2010 a 2022 (Figura 30), o percentual médio de cura dos casos de tuberculose está em 62,7% e o abandono se mantém em 14,4%. Os anos de 2021 e 2022 permanecem com 394 e 640 casos ignorados/brancos respectivamente, até o momento, cujos dados ainda não foram encerrados pelo sistema nacional. Importante lembrar que as metas nacionais para a Tuberculose são a cura de 85% e o abandono abaixo de 5%.

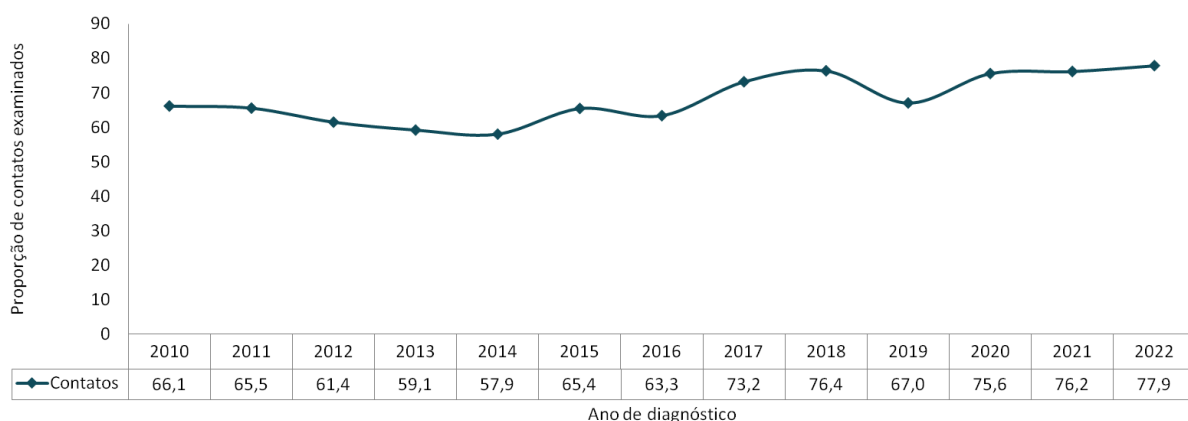
Figura 30 - Proporção de cura, abandono e outros encerramentos dos casos novos de tuberculose, Ceará, 2010 a 2022



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP – SINAN. Dados atualizados em 19/10/2023 sujeitos à revisão.*

A partir de 2019, evidencia-se uma queda nos percentuais de cura, aliado a um aumento nos percentuais de ausência de preenchimento da ficha. A média de avaliação de contatos está em 68,0%, com destaque para 19 municípios que ficaram silenciosos em 2022. Dos 184 municípios, 172 registraram casos e desses 151 alcançaram a meta de 70% dos contatos examinados (Figura 31).

Figura 31 - Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose por ano de diagnóstico. Ceará, 2010 a 2022.



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP – SINAN. Dados atualizados em 19/10/2023 sujeitos à revisão.*

2.2.1.7. Doenças preveníveis por vacina

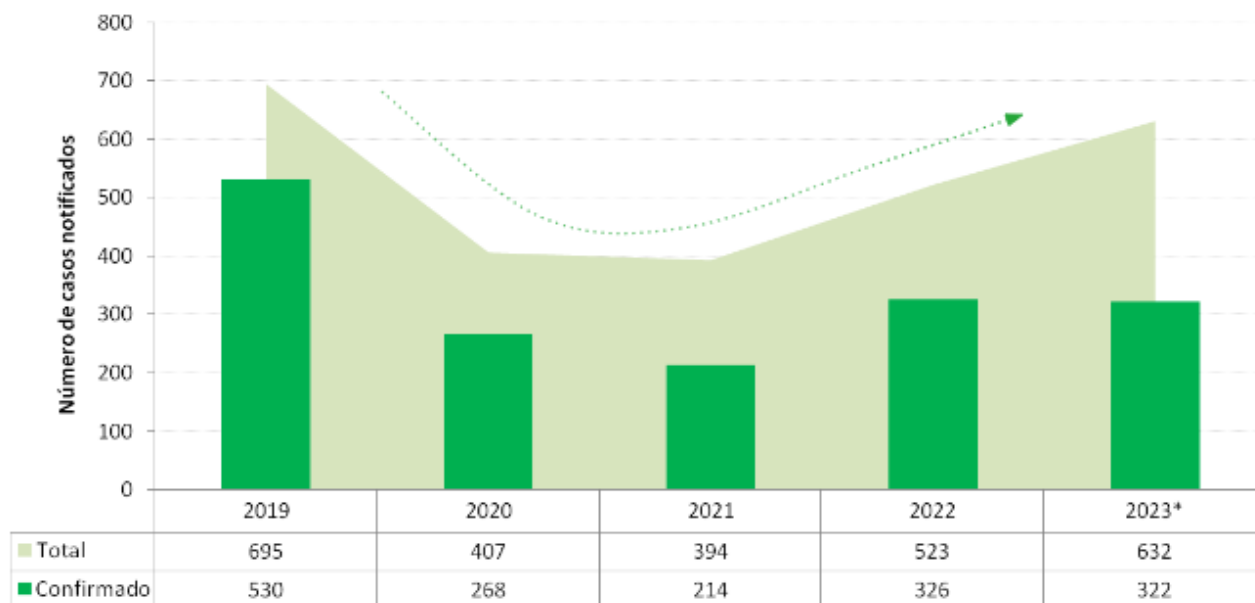
A prevenção e o controle das doenças transmissíveis foram algumas das maiores conquistas da epidemiologia nos últimos anos. Dentre as doenças transmissíveis, um grupo é passível de ser evitado se utilizarmos, como estratégia, a vacinação da população. O conhecimento sobre as ações de vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis, suas principais medidas preventivas e de controle, individuais e coletivas, são essenciais para os profissionais da gestão formularem ações de melhoria que afetarão diretamente a vida da população.

À medida que as pessoas não convivem mais com as mortes e incapacidades causadas por doenças preveníveis por vacina, passam a não mais perceber o risco que estas doenças representam para a sua própria saúde, para os membros de sua família, e para a comunidade. Nesse cenário, aparecem o medo dos eventos adversos e a circulação de notícias falsas sobre os imunobiológicos, que se sobrepõem ao conhecimento sobre a importância e os benefícios das vacinas.

Mesmo com o sucesso de campanhas mundiais de vacinação, em que se alcançaram a erradicação de diversas doenças e a redução expressiva de outras, ainda se vivenciam grandes surtos, epidemias e pandemias, além do retorno de algumas doenças já controladas, como ocorreu no caso do sarampo em vários países nos últimos anos. O nosso papel enquanto profissionais da saúde é, portanto, fazer com que os benefícios da imunização alcancem todas as pessoas.

No estado do Ceará, de 2019 a 2023, foram notificados 2.651 casos suspeitos de meningite, de todas as etiologias. Destes, 1.660 (62,6%) casos foram confirmados (Figura 32). Observando esta série histórica, nota-se que até o momento, o ano de 2019 apresentou o maior número de casos confirmados. Nota-se ainda, uma diminuição de 113% dos casos notificados de meningite entre os anos de 2019 e 2021. Com o advento da pandemia pela covid-19, as medidas implementadas para conter a transmissão do coronavírus influenciaram na redução da incidência de várias doenças, dentre elas, as meningites.

Figura 32 - Distribuição dos casos notificados e confirmados de meningite (todas as etiologias) por ano do início dos sintomas, Ceará, 2019 a 2023* (N=3.239).

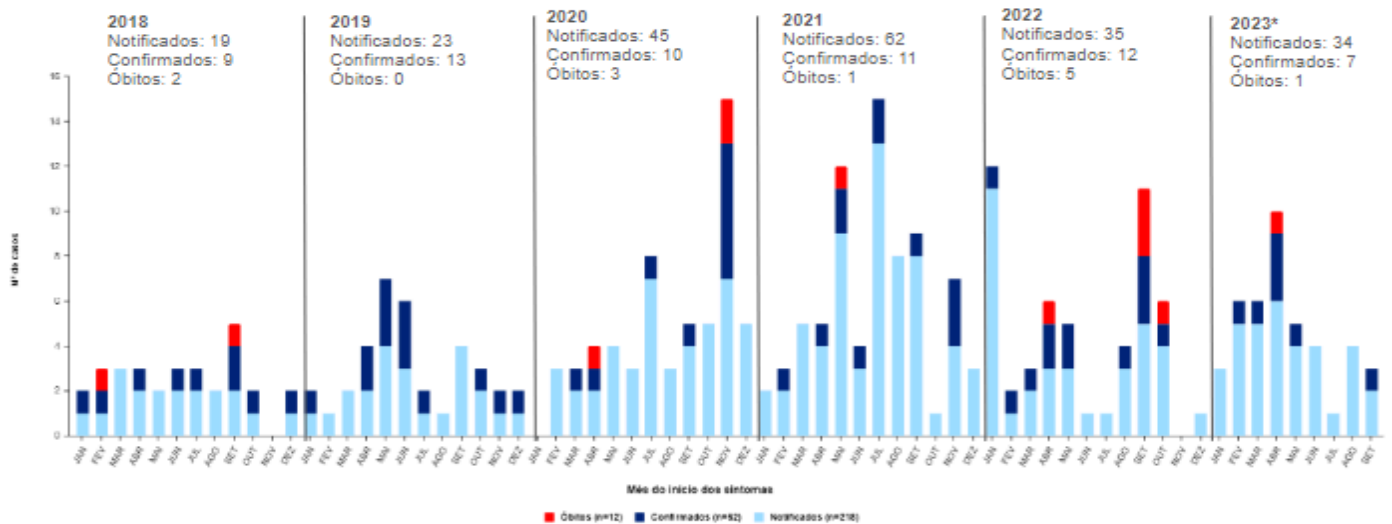


Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/SEVIG/Sinan 2019-2023. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 20/09/2023. *Os dados do ano de 2023, correspondem até a SE 37.

No Ceará, entre os anos de 2018 a 2023 foram notificados 218 casos de tétano. Destes, foram confirmados 62 (24,4%) casos e 12 óbitos pela doença, registrando taxa de letalidade de 5,5% no estado nos anos descritos. Nota-se aumento da notificação a partir do segundo semestre de 2020, porém sem regularidade de períodos (Figura 33).

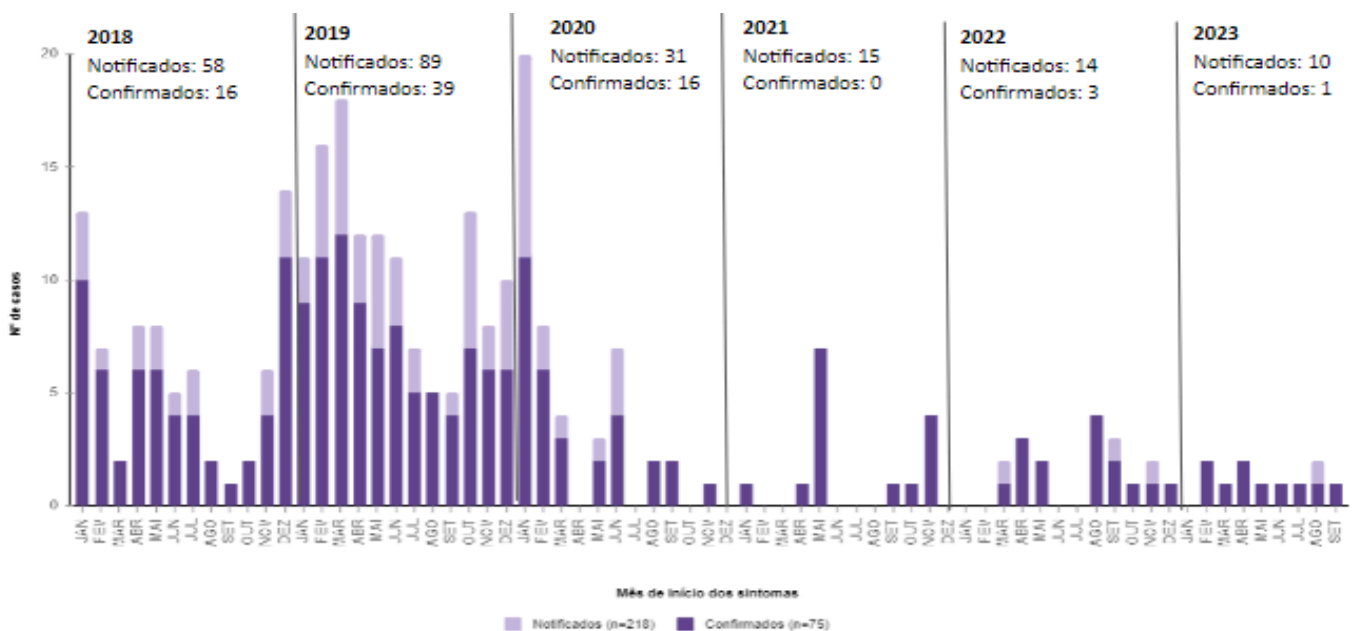
Quanto aos casos de coqueluche, entre os anos de 2018 a 2023, foram notificados 218 casos da doença. Os anos de 2018 e 2019 registraram o maior número de suspeitos, com média de 6,1 casos notificados por mês. Em 2020, a partir do mês de julho observa-se redução no número de casos notificados e confirmados de coqueluche, cenário que se repetiu em até 2023 (Figura 34).

Figura 33 - Distribuição dos casos notificados de tétano acidental, Ceará, 2018 a 2023* (N= 218)



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/Sinan 2018-2023. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 25/09/2023.

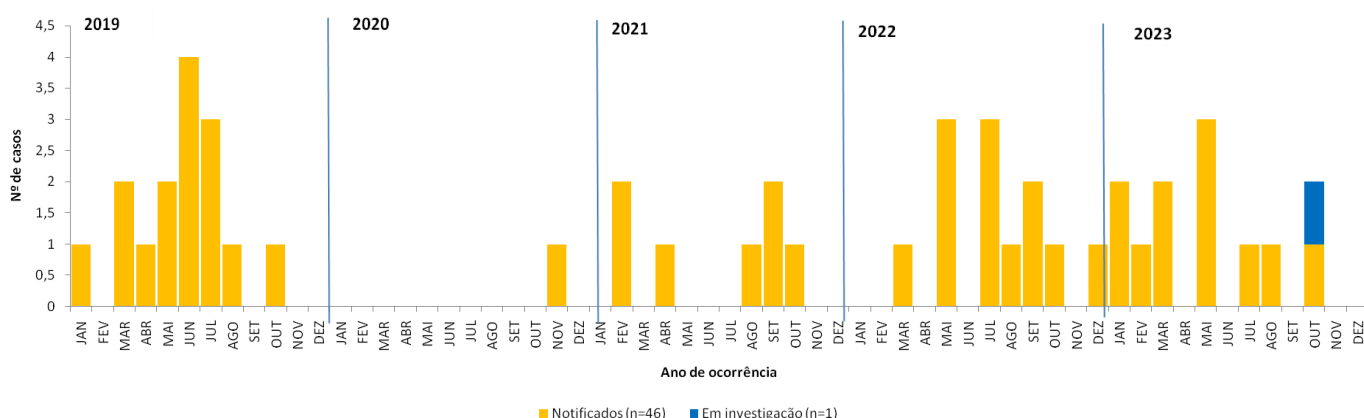
Figura 34 - Distribuição dos casos notificados de coqueluche, Ceará, 2018 a 2023* (N= 218)



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/Sinan 2018-2023. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 25/09/2023.

Entre os anos de 2019 a 2023 foram notificados 46 casos suspeitos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) no Estado. Em 2023, foram notificados 11 casos suspeitos da doença (24,0%). Destes, somente um caso permanece em investigação e ainda no prazo de 60 dias para o encerramento. Os demais casos suspeitos foram descartados para a doença poliomielite. A partir de 2020, nota-se uma diminuição das notificações da doença, quando comparado ao ano anterior, ou seja, período pré-pandêmico. Esse achado pode estar relacionado com os impactos da pandemia de covid-19 na atenção primária à saúde, contribuindo para uma subnotificação da doença nesse período. A partir do segundo semestre de 2022 nota-se um aumento das notificações se estendendo do decorrer do ano de 2023 (Figura 35).

Figura 35 - Distribuição dos casos notificados e em investigação de PFA, por ano do início dos sintomas, Ceará, 2018 a 2022* (N= 46)



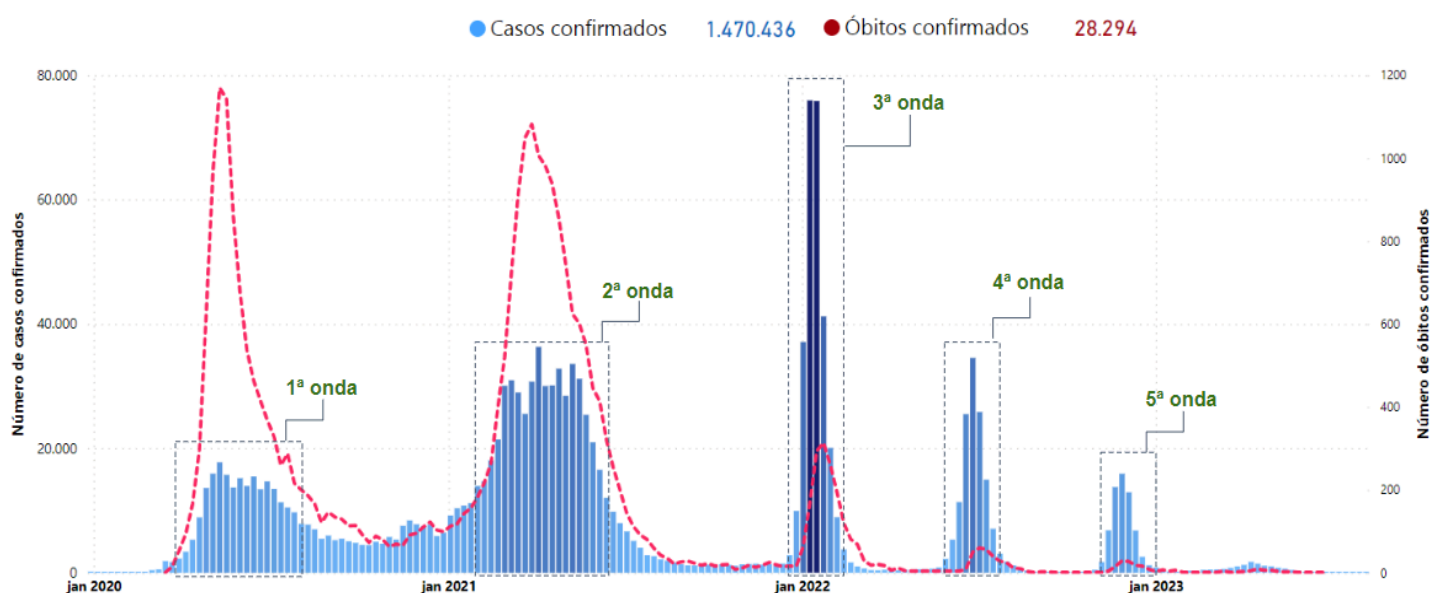
Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/Sinan 2018-2022. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 20/01/2023.

2.2.1.8. Doença pelo Coronavírus (covid-19)

Em 30 de janeiro de 2020, a [OMS declarou que o surto do novo coronavírus](#) constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus no mundo (PAHO, 2023).

Ao longo desse período pandêmico, o Brasil já soma 37.789.040 casos confirmados pela doença e 705.494 óbitos (BRASIL, 2023). O Ceará registrou 3.598.202 casos confirmados e 28.216 óbitos por coronavírus, o que significa quase 10% de todos os casos no Brasil e 4,0% dos óbitos nacionais por causa do SARS-CoV-2 entre os anos de 2020 a 2023 (CEARÁ, 2023) (Figura 36).

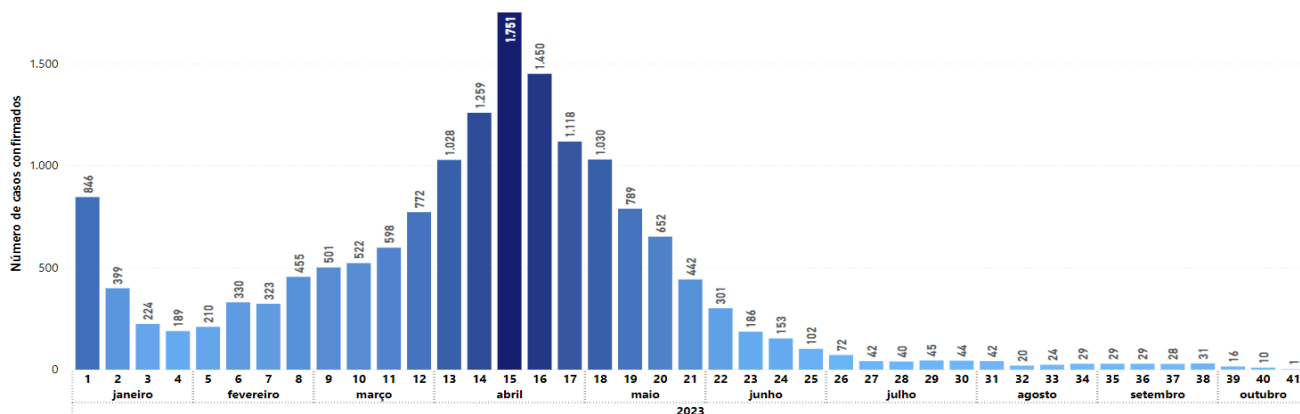
Figura 36 - Distribuição de casos e óbitos por covid-19, segundo início dos sintomas. Ceará, 2020 a 2023*



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/SIVEP-Gripe/e-SUS Notifica 2020-2023. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 20/10/2023.

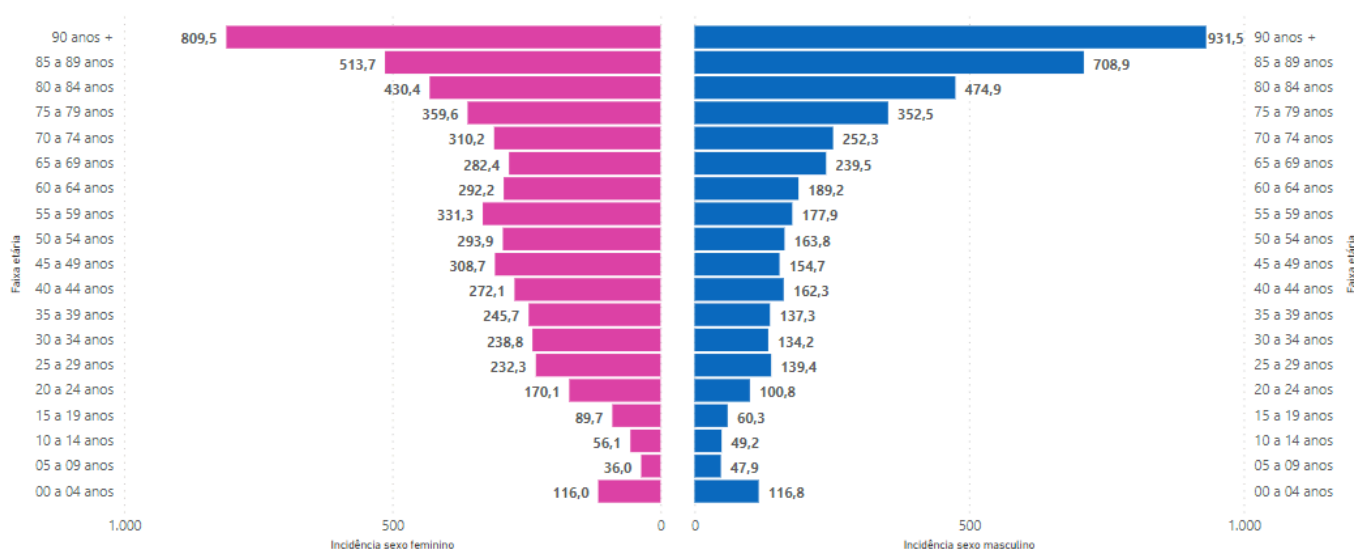
Em 2023, até 07/08/2023 (SE 32), foram confirmados 16.800 casos. Quando analisamos os últimos 15 dias (SE 30 e 31), observa-se um total de 38 casos confirmados e redução de 99,2% quando comparamos com o mesmo período do ano de 2022 (Figura 37).

Figura 37 - Distribuição de casos e óbitos por covid-19, segundo início dos sintomas. Ceará, 2023*



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/SIVEP-Gripe/e-SUS Notifica 2023. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 20/10/2023.

Figura 38 - Distribuição de casos e óbitos por covid-19, segundo início dos sintomas. Ceará, 2023*

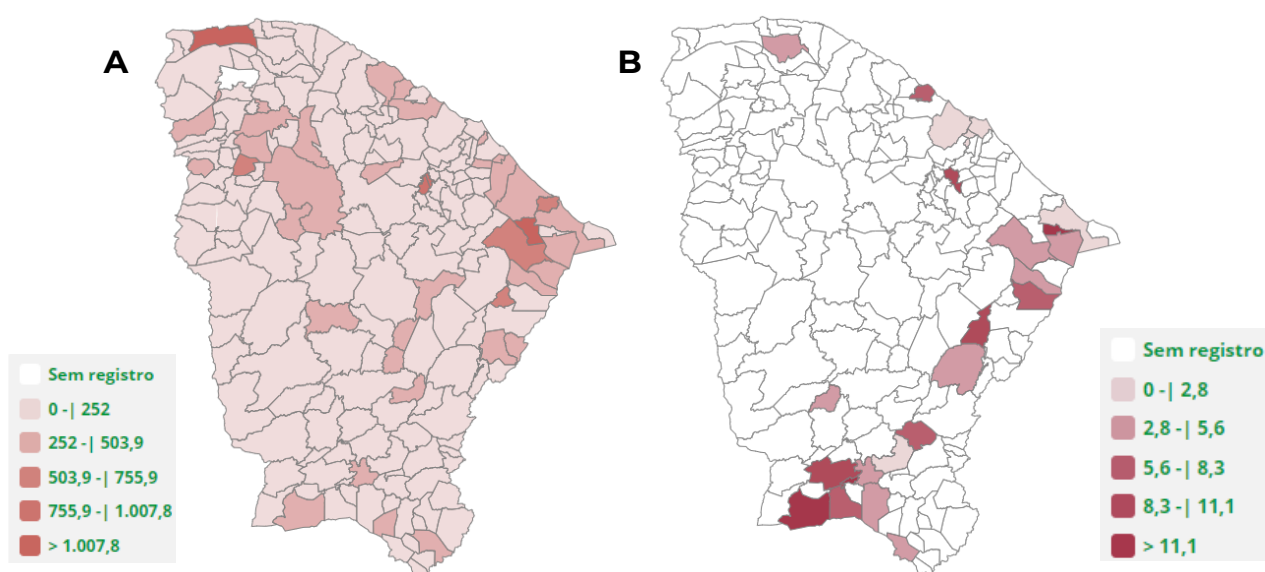


Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/SIVEP-Gripe/e-SUS Notifica 2023. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 20/10/2023.

O cálculo da taxa de incidência considera o número de casos dentro de cada grupo etário, em relação ao número de habitantes por faixa etária, sendo possível, dessa maneira, a comparação da incidência entre as faixas etárias. Neste gráfico, podemos observar que a maior incidência ocorreu na faixa etária acima de 90 anos (Figura 38).

Em 2023, a distribuição espacial dos casos de covid-19 foi registrada em 183 municípios do estado, com exceção apenas do município de Uruoca, que, até o momento não notificou casos da doença. As taxas de incidência mais elevadas foram registradas pelos municípios de Camocim com 1.259,8 por 100 mil/habitantes e Palhano com 1.172 por 100 mil/habitantes (Figura 39).

Figura 39 - Distribuição de casos (A) e óbitos (B) por covid-19, segundo início dos sintomas. Ceará, 2020 a 2023.



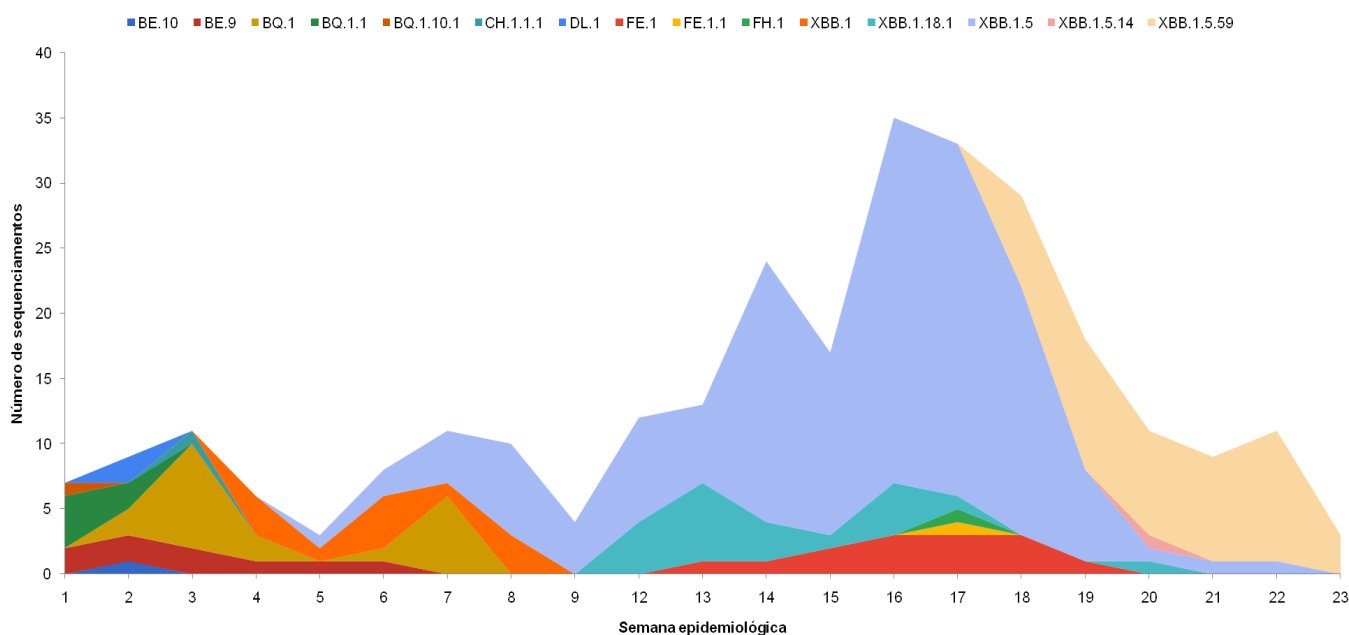
Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/SIVEP-Gripe/e-SUS Notifica 2023. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 20/10/2023.

Em 05 de maio de 2023 foi declarado o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Isso não significa que a covid-19 tenha deixado de ser uma ameaça à saúde, principalmente para aqueles com maior risco de desenvolvimento de doença grave, tendo em vista que o vírus continua em circulação no Brasil e no mundo há risco de surgimento de novas variantes de preocupação (VOC) ou interesse (VOI) do SARS-CoV-2 (PAHO, 2023).

Desde o início de 2023, 284 sequenciamentos genômicos do vírus SARS-CoV-2 foram realizados. Nestes, identificou-se a circulação de 15 novas sublinhagens da variante Ômicron, sendo a XBB.1.5 predominante no período. Inicialmente detectada na semana epidemiológica (SE) 5, permaneceu em circulação até a SE 23. A última

sublinhagem descoberta, identificada na SE 18, denomina-se XBB.1.5.59 (Figura 40).

Figura 40 - Distribuição das sublinhagens da variante Ômicron em circulação no Ceará no ano de 2023*



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/GAL. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 20/10/2023.

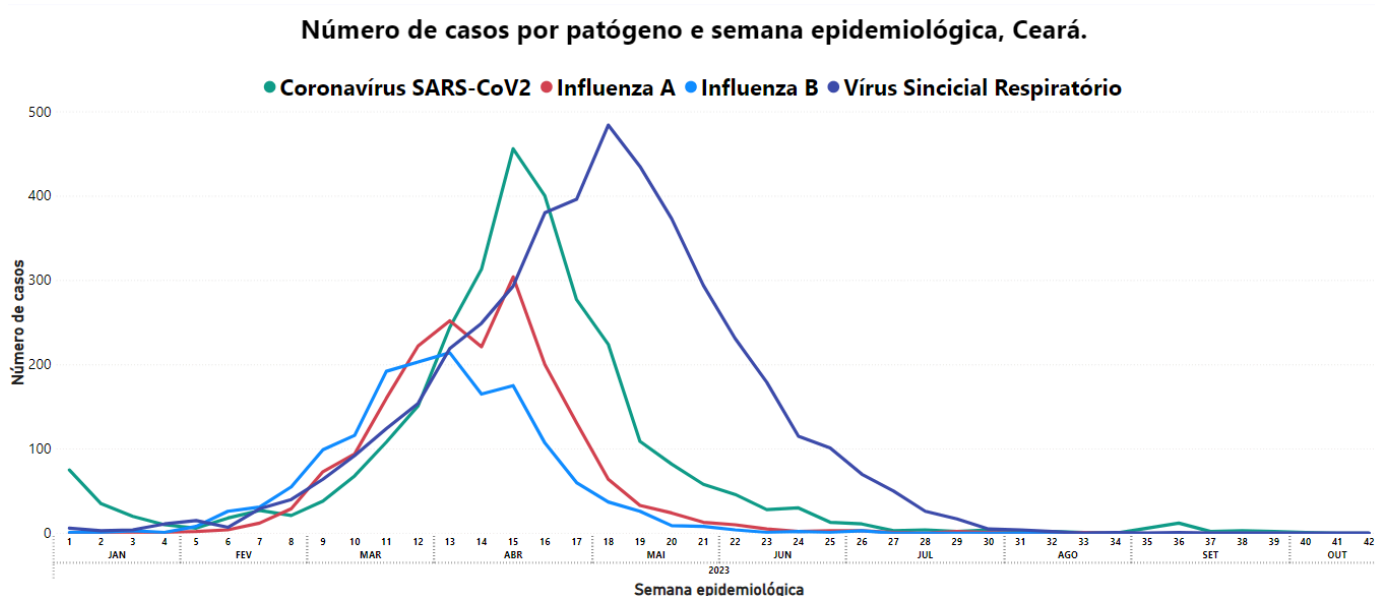
A pandemia da covid-19 trouxe fortemente o olhar para a circulação viral do SARS-CoV-2 e acompanhamento do comportamento de outros vírus respiratórios que circulam anualmente em períodos sazonais. A importância da pesquisa sindrômica de vírus respiratórios dá-se na identificação precoce de quais vírus circulantes estão envolvidos em infecções respiratórias em determinado período. Como exemplo, o vírus Influenza e o Vírus Sincicial Respiratório (VSR). Nesse sentido, as ações de vigilância epidemiológica, laboratorial, genômica e de imunização estabelecidas no Brasil e no Ceará foram intensificadas.

Em 2023, no período considerado sazonal para as doenças respiratórias, notou-se uma circulação viral de quatro principais vírus, SARS-CoV-2, Vírus Sincicial Respiratório (VSR), Influenza A e Influenza B. Segundo o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), o VSR foi o mais detectado entre os meses de março a maio. Essa identificação também foi observada na rede assistencial com a internação de muitas

crianças nesse período com o diagnóstico de Síndrome Respiratória Aguda Grave por VSR.

Desde o início do ano foram analisadas 11.673 amostras na Rede Sentinela de Vírus Respiratório do Ceará. Destes resultados, 4.474 (38,3%) foram identificados VSR, 2.912 (25,0%) para SARS-CoV-2, Influenza A foi representada por 1.867 (16,0%) e Influenza B, por 1.548 (13,2%).

Figura 41 - Distribuição viral de SARS-CoV-2, Influenza e Vírus Sincicial Respiratório (VSR), segundo início dos sintomas. Ceará, 2023*



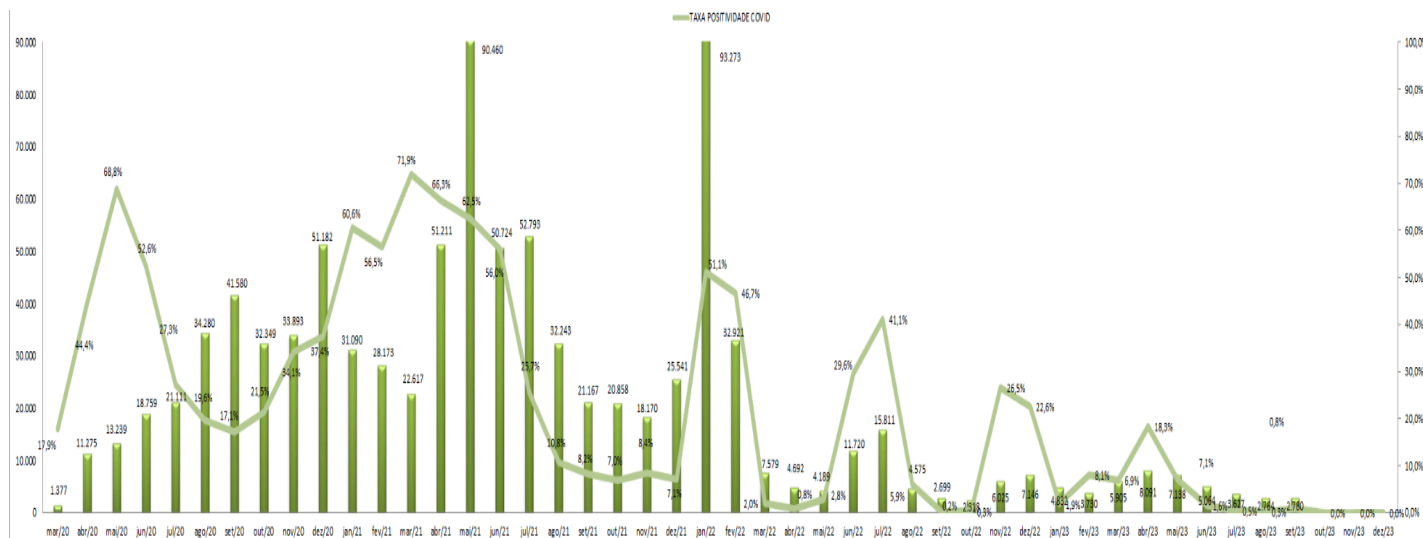
Fonte: SESA/COVEP/CEVEP/SIVEP/GAL. Dados sujeitos à revisão, atualizados em 20/10/2023.



É digno de nota o papel relevante do Laboratório Central, LACEN-CE, durante o enfrentamento da pandemia de COVID-19, quando implantou o diagnóstico molecular do SARS-CoV-2 por meio da técnica de RT-PCR em tempo real, em março de 2020. Neste cenário, capacitou 182 profissionais de unidades de saúde, públicas e privadas,

dentre eles, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, biomédicos, técnicos e auxiliares de enfermagem e de laboratório, em Biossegurança e em coleta, acondicionamento e transporte de amostras respiratórias (swab nasofaríngeo). Ainda neste contexto, seguindo os critérios estabelecidos pela OMS e MS, habilitou 12 laboratórios públicos e privados no Estado para realização deste diagnóstico. Novos fluxos, a modernização e automatização do parque tecnológico, a ampliação e qualificação da força de trabalho foram medidas adotadas rapidamente para agilização do trabalho com presteza, qualidade e segurança, com a finalidade de atender à sociedade diante da emergência em saúde pública. O laboratório trabalhou arduamente durante a pandemia, funcionando diariamente, incluindo finais de semana e feriados com plantões 24 horas, realizando em média 3.000 exames/dia no pico da pandemia em 2021. Com isso, foram realizados de março de 2020 até setembro de 2023, 1.004.914 exames para diagnóstico da COVID-19.

Figura 42 - Exames realizados de RT PCR em tempo real para SARS COV-2 / Taxa de Detectáveis - Período 2020-2023



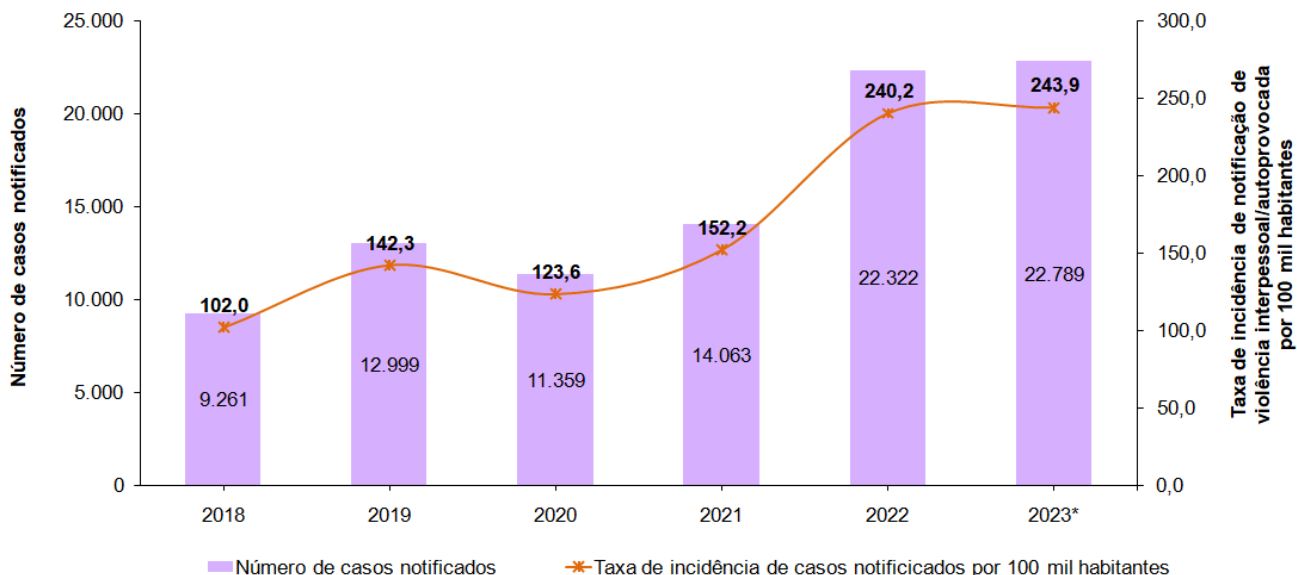
2.2.1.9. Violências Interpessoais/ Autoprovocadas

Reconhecendo que as violências e os acidentes exercem um grande impacto social e econômico, em especial sobre o SUS, e que as intervenções pautadas na prevenção e na promoção da saúde precisam ser ampliadas, o Ministério da Saúde lançou, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Entre suas prioridades está a estruturação da vigilância de violências e acidentes, com ênfase na notificação da violência interpessoal/autoprovocada.

A notificação da violência interpessoal/autoprovocada tem dupla função de gerar estatísticas para o planejamento de políticas públicas de prevenção e de articular a rede de atenção à saúde e proteção às pessoas em situação de violência atendidas nas unidades notificadoras. As informações geradas por essa vigilância oportunizam o conhecimento do perfil epidemiológico deste agravo.

A seguir, podemos observar a evolução da taxa de incidência da violência interpessoal/ autoprovocada no Ceará, entre os anos 2018 e 2023. Observa-se uma tendência de aumento nessas notificações, com exceção para o ano de 2020, no qual a redução se deve, provavelmente, ao cenário da pandemia de Covid-19. Contudo, a partir de 2021 as notificações voltaram a crescer, apresentando seu maior valor no ano de 2023, com 22.789 casos novos e apresentando uma taxa de 243,9 notificações por 100 mil habitantes. Ressalta-se que o resultado do ano de 2023 é ainda parcial, sendo sujeito a alterações.

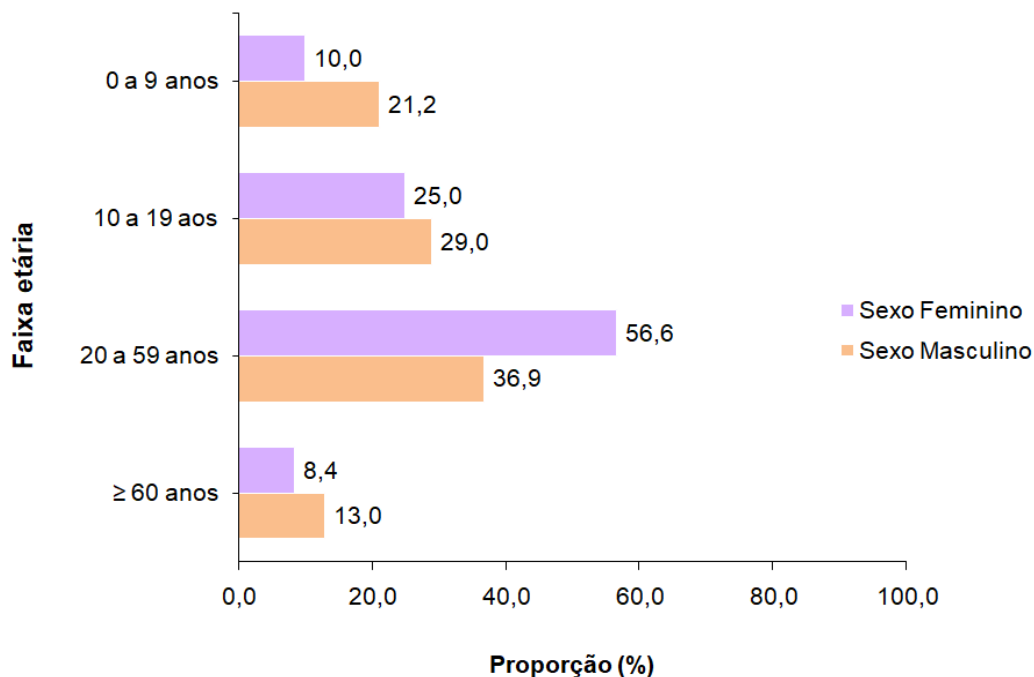
Figura 43 - Número de casos notificados e taxa de incidência de notificação (por 100 mil habitantes) por violência interpessoal/autoprovoçada. Ceará, 2018 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SINAN - Dados de 2018 a 2023 consultados no dia 20/10/2023, sujeitos a alteração e revisão.

Ao verificar a distribuição das notificações de violência interpessoal/autoprovoçada, segundo sexo e faixa etária, observa-se que mais da metade (56,6%) das notificações estão no sexo feminino, na faixa etária de 20 a 59 anos. Para o sexo masculino, mais de um terço (36,9%) das notificações está concentrada na mesma faixa etária (Figura 44).

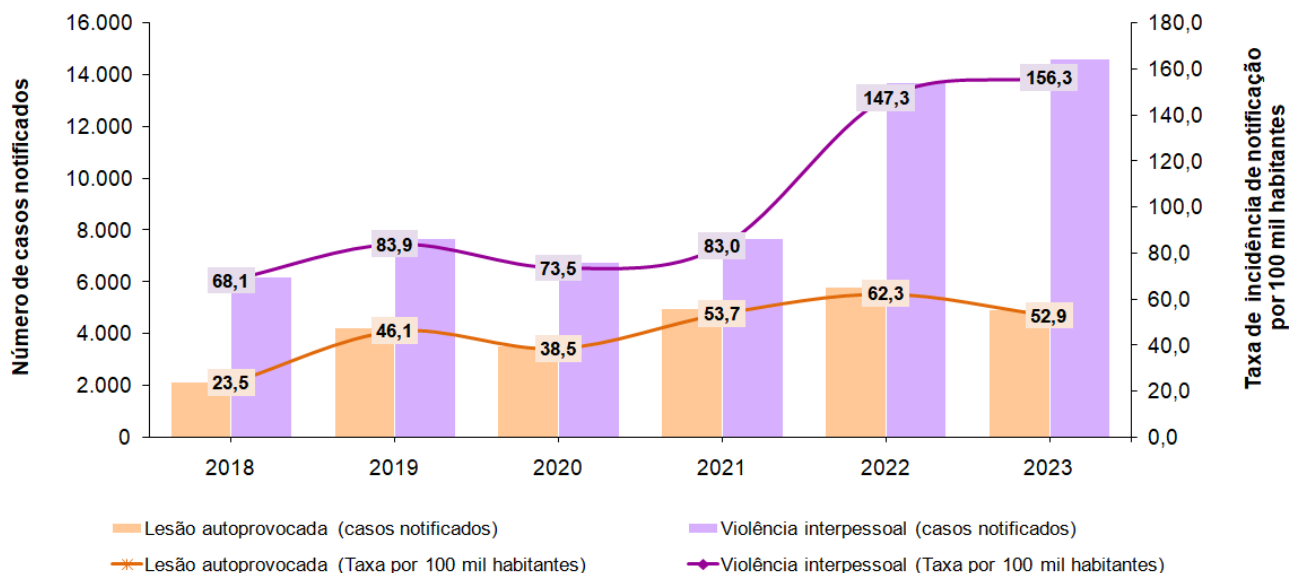
Figura 44 - Proporção de casos notificados por violência interpessoal/autoprovocada, segundo faixa etária e sexo. Ceará, 2018 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SINAN - Dados de 2018 a 2023 consultados no dia 20/10/2023, sujeitos a alteração e revisão.

Ao analisar a tendência das incidências, segundo tipo de violência, observa-se que as violências interpessoais apresentam crescimento acentuado entre os anos de 2021 e 2022. Até outubro de 2023, evidencia-se uma taxa mais elevada (156,3 notificações por 100 mil habitantes). Em relação às notificações das lesões autoprovocadas (automutilação/tentativa de suicídio), com exceção do ano de 2020, observa-se tendência de aumento, apresentando valor mais elevado em 2022, com uma taxa de 62,3 notificações por 100 mil habitantes. Ressalta-se que o ano de 2023 apresenta resultados parciais, sendo sujeito à alteração (Figura 45).

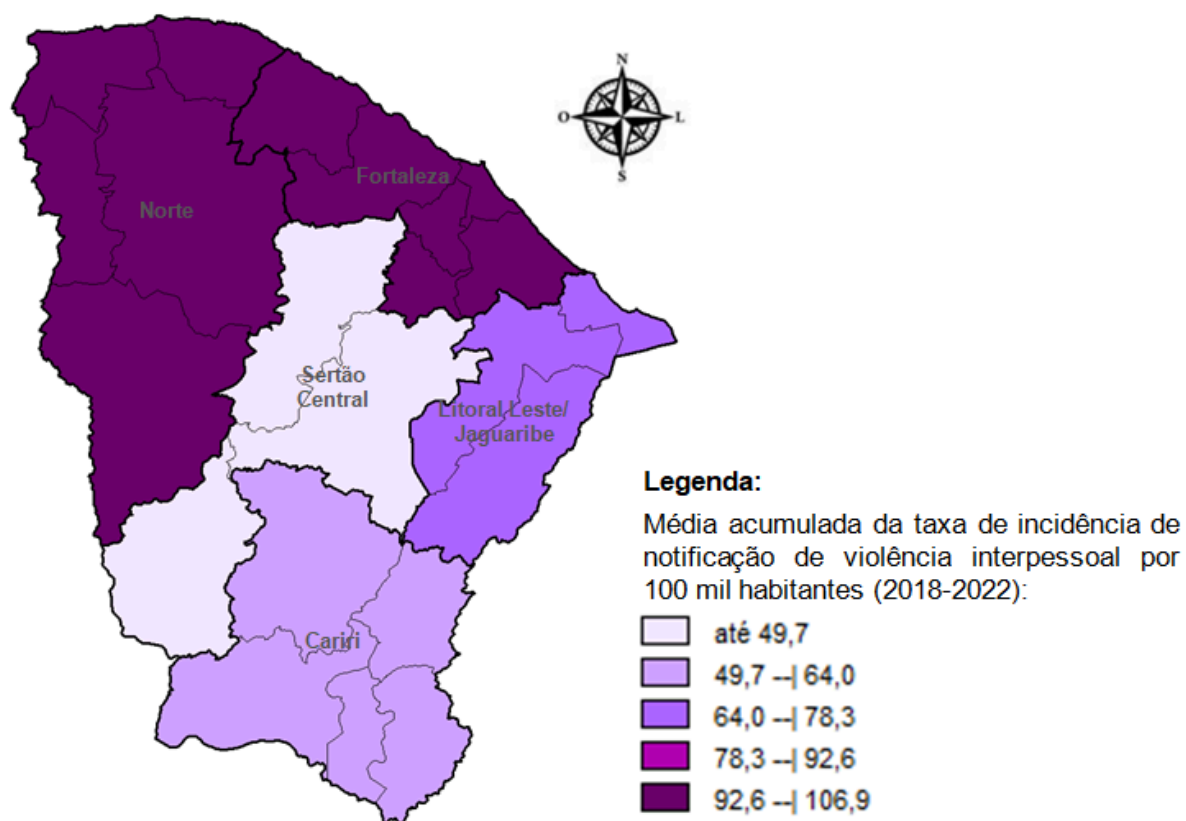
Figura 45 - Número de casos e taxa de incidência de notificação (por 100 mil habitantes) segundo tipo de violência. Ceará, 2018 a 2023*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SINAN - Dados de 2018 a 2023 consultados no dia 20/10/2023, sujeitos a alteração e revisão.

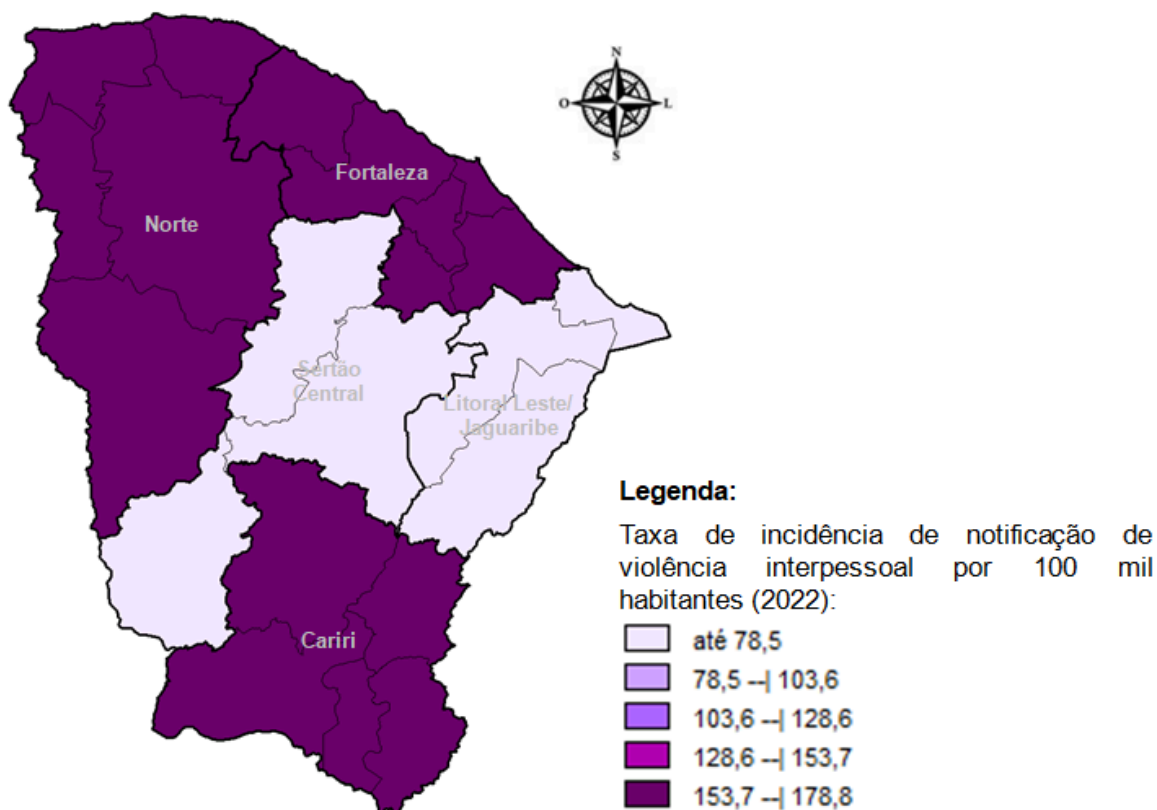
Ao analisar a distribuição espacial da média da taxa de incidência das notificações da violência interpessoal, segundo as cinco regiões de saúde do estado do Ceará, observamos que a Região Norte e região de Fortaleza apresentam as maiores médias da taxa, seguidas da Região Litoral Leste/Jaguaribe, Cariri e Sertão Central (Figura 46). Ao verificar essa distribuição apenas no ano de 2022, observamos que as maiores incidências (pertencentes a uma escala de 153,7 e 178,8 notificações por 100 mil habitantes) pertencem às regiões de Fortaleza, Norte e Cariri (Figura 47).

Figura 46 - Distribuição espacial da média acumulada da taxa de incidência de notificação de violência interpessoal por 100 mil habitantes, segundo as Regiões de Saúde. Ceará, 2018 a 2022*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SINAN - Dados de 2018 a 2022 consultados no dia 20/10/2023, sujeitos a alteração e revisão.

Figura 47 - Distribuição espacial da taxa de incidência de notificação de violência interpessoal por 100 mil habitantes, segundo as Regiões de Saúde. Ceará, 2022*



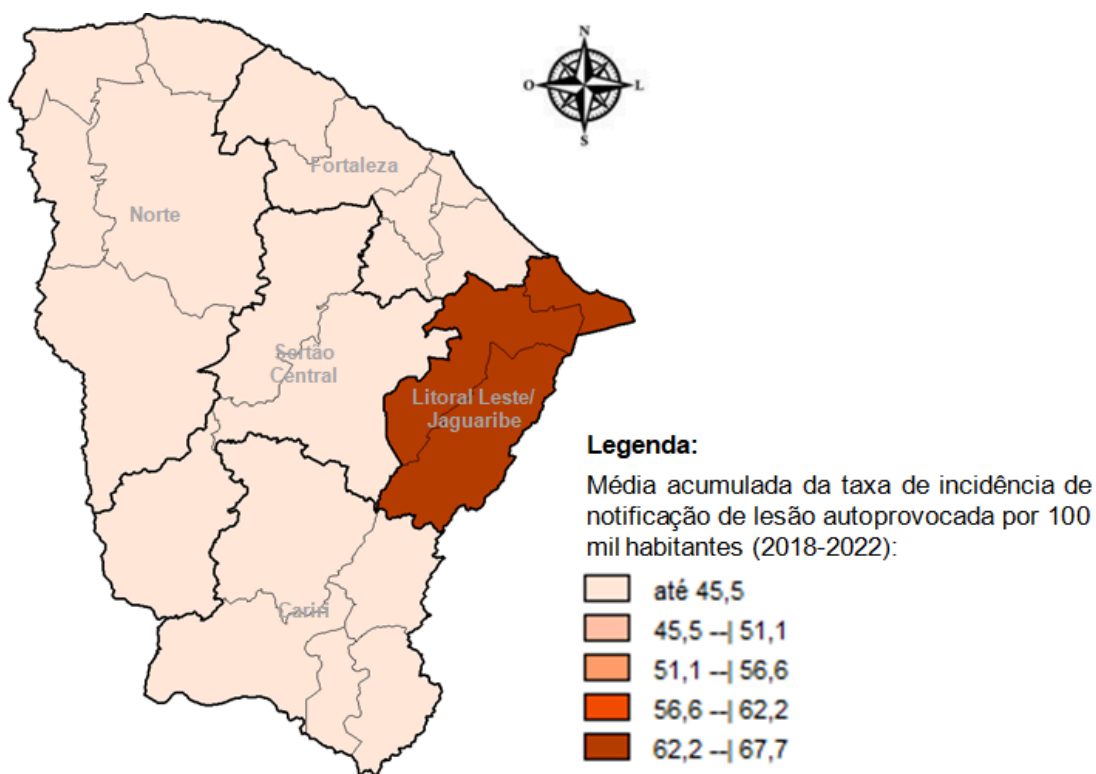
Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SINAN - Dados de 2022 consultados no dia 20/10/2023, sujeitos a alteração e revisão.

Ao analisar a distribuição espacial da média da taxa de incidência das notificações de lesão autoprovocada, segundo as cinco Regiões de Saúde do estado do Ceará, observamos que a Região do Litoral Leste/Jaguaribe apresentou a maior média da taxa (67,7 notificações por 100 mil habitantes), quando comparada às demais regiões, que apresentam taxas aproximadas e pertencentes a uma escala de até 45,5 notificações por 100 mil habitantes (Figura 48).

Ao verificar essa distribuição apenas no ano de 2022, observamos que a maior incidência (81,4 notificações por 100 mil habitantes) também foi evidenciada na Região do Litoral

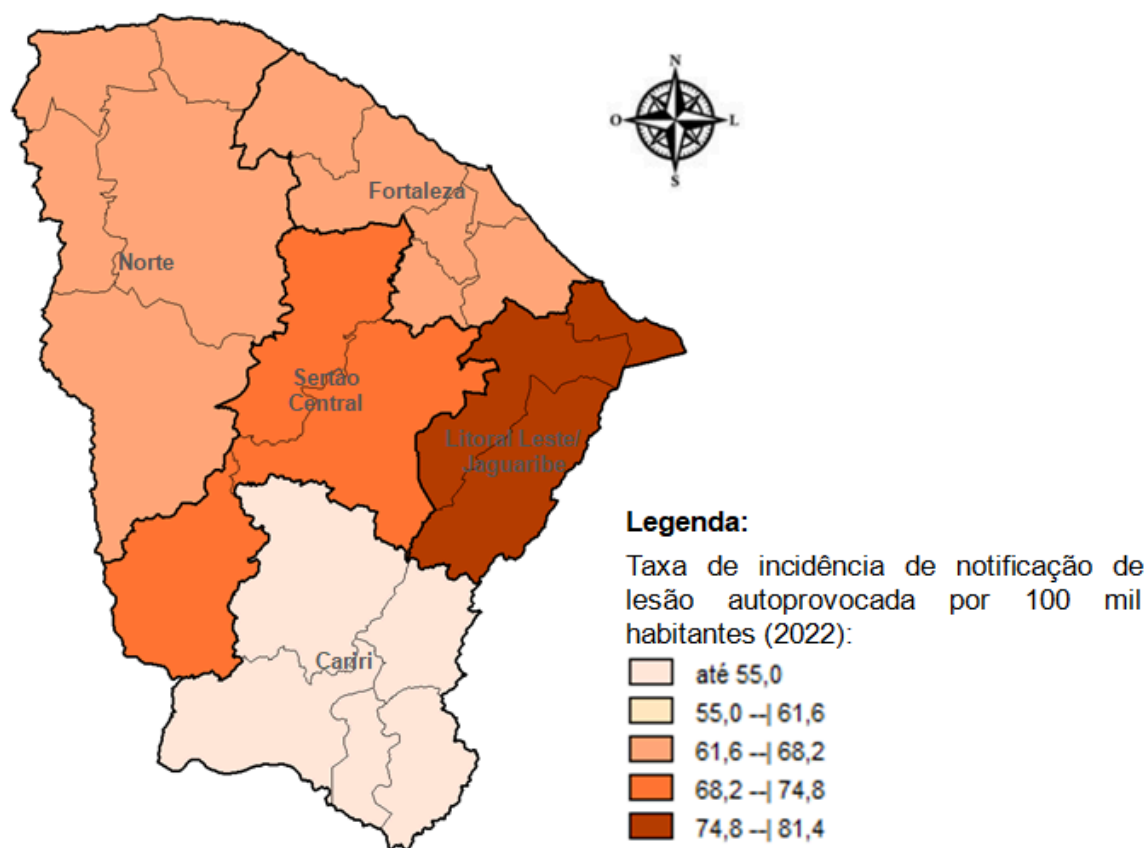
Leste/Jaguaribe, seguida da região do Sertão Central com taxa de 73,1 notificações por 100 mil habitantes (Figura 49).

Figura 48 - Distribuição espacial da média acumulada da taxa de incidência de notificação de lesão autoprovocada por 100 mil habitantes, segundo as Regiões de Saúde. Ceará, 2018 a 2022*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SINAN - Dados de 2018 a 2022 consultados no dia 20/10/2023, sujeitos a alteração e revisão.

Figura 49 - Distribuição espacial da taxa de incidência de notificação de lesão autoprovocada por 100 mil habitantes, segundo as Regiões de Saúde. Ceará, 2022*



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SINAN - Dados de 2018 a 2022 consultados no dia 20/10/2023, sujeitos a alteração e revisão.

2.2.2. Vigilância Sanitária

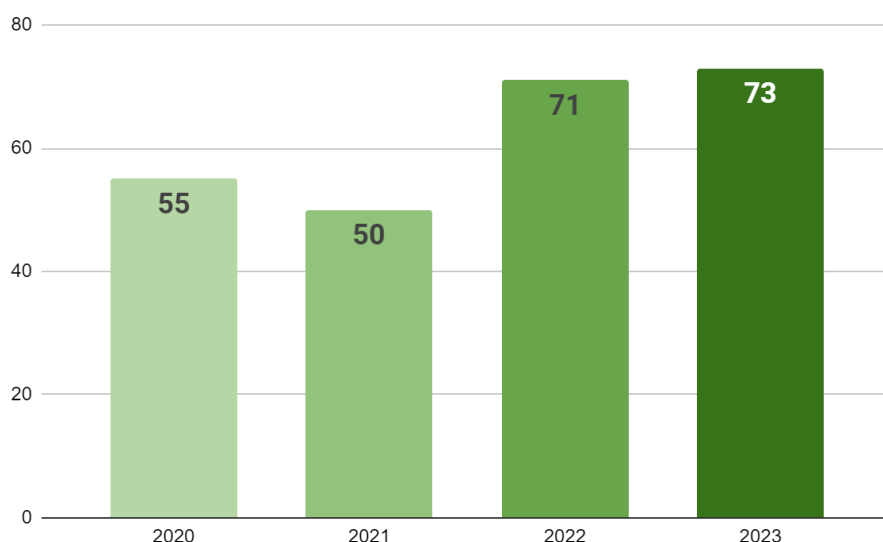
A Vigilância Sanitária do Estado desempenha o papel de promover e proteger a saúde da população através da intervenção nos riscos sanitários decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária. A Coordenadoria de Vigilância Sanitária (COVIS), entre outras ações, exerce o papel de coordenador estadual das ações de vigilância sanitária por meio da avaliação e monitoramento contínuo do nível de implementação das ações de vigilância sanitária nos municípios. Portanto, a atuação da promoção e proteção da saúde, provida pela vigilância sanitária, alcança toda a população brasileira, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS. Como exemplo dessa proteção cita-se o controle e monitoramento dos riscos da produção e consumo de alimentos, de medicamentos, produtos, das tecnologias utilizadas na assistência à saúde, regulando ainda as Boas Práticas para a segurança do paciente e a prestação dos serviços de saúde, sempre visando a melhoria da qualidade de vida da população cearense.

Deste modo, a COVIS, desempenha a avaliação contínua do nível de implementação das ações de vigilância sanitária nos municípios. Esse indicador é composto pelas ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios, quais sejam: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA; (ii) instauração de processos administrativos de VISA; (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA; (iv) atividades educativas para população; (v) atividades educativas para o setor regulado; (vi) recebimento de denúncias e (vii) atendimento de denúncias. A mensuração do indicador permite ainda a identificação da situação dos municípios que conformam as 05 Regiões de Saúde quanto a realização e cobertura das ações de Vigilância Sanitária sob responsabilidade e gestão local firmando o compromisso de todo gestor com a importância dessa ação de saúde pública. Ressalte-se, uma vez mais, que essas ações contribuem para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.

No período de 2020 a 2022, apresentado no gráfico abaixo, (Figura 50) observa-se no ano de 2022 um crescimento significativo da atuação dos municípios demonstrando a efetividade das ações

implementadas pela COVIS/SESA e ADS, através do acompanhamento mensal e apoio aos municípios que apresentavam dificuldades na sua execução. Necessário comentar, que no período avaliado, nos anos de 2020 e 2021, e vivendo a realidade da pandemia do COVID-19, o indicador apontou para um baixo desempenho do compromisso pactuado com os municípios. Considere-se que o indicador será satisfatório quando for maior ou igual a 70%. O indicador será regular quando atingir 50 a 69,9%. O indicador será insatisfatório quando for menor que 50%. Em 2023, ainda em andamento, o monitoramento do indicador já atingiu nível satisfatório, tendo alcançado 73%, até junho do corrente ano, confirmando que as estratégias utilizadas pela COVIS, estão obtendo os resultados desejados.

Figura 50 - Histórico das ações de Vigilância Sanitária - SIA-SUS



Fonte: SIA/SUS - DataSUS.

A COVIS, adota um sistema de gestão resolutivo para atender adequadamente às suas demandas, na perspectiva de aumentar o desempenho e a produção de resultados. A busca por esses resultados estão articulados ao atendimento das diretrizes e metas estabelecidas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária como também do Plano Estadual de Saúde. Nesse contexto, a Gestão dos Serviços de Vigilância Sanitária tem desempenhado ações efetivas para:

1. Implementação e consolidação do Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ, iniciado em 2012, que tem entre suas

estratégias a incorporação nas práticas de trabalho dos conceitos de base relacionados ao grau de risco sanitário e a qualificação das ações de vigilância sanitária;

2. Apoio e promoção de atividades educativas em vigilância sanitária, e de promoção da saúde, voltadas à população e ao setor regulado;
3. Busca constante de articulação com as vigilâncias municipais e com os demais setores da SESA, e outras instituições afins;
4. Fortalecimento da descentralização das ações promovendo capacitações, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará – ESP, para atualização do conhecimento;
5. Fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente, da vigilância e do monitoramento de práticas seguras. Nesse sentido, foi instituída, criada pela Portaria nº 2016/154-01 e atualizada pela Portaria nº 2020/1035, a Coordenação Estadual de Segurança do Paciente e de Prevenção e Controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - CESPIRAS;
6. Monitoramento, sistemático, das condições sanitárias de produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária como uma ação estratégica para o controle sanitário e gerenciamento do risco.

2.2.3. Vigilância em Saúde Ambiental

A saúde ambiental compreende o campo da saúde pública relacionada à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente impactados pelas atividades que a determinam, condicionam e influenciam. Em resumo, a Saúde Ambiental é descrita como parte da Saúde Pública que se ocupa das formas de vida, das substâncias e das condições em torno do homem que podem exercer alguma influência sobre a saúde e bem-estar.

O conceito de vigilância em saúde ambiental consiste em um conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de

recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde (Brasil, 2007).

Na perspectiva do documento: “Transformando nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, observa-se que a vigilância em saúde ambiental está correlacionada com 04 dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos, nas seguintes atividades: a vigilância das populações expostas a poluentes atmosféricos e a substâncias químicas, como também na vigilância da qualidade da água para consumo humano, e na vigilância dos riscos associados aos desastres.

No que se refere à estrutura organizacional da SESA, a Célula de Vigilância em Saúde Ambiental (CEVAM) é responsável por coordenar, monitorar, assessorar, avaliar e executar, de forma complementar, as ações de vigilância em saúde ambiental nos 184 municípios do Estado do Ceará, em articulação com as Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS). Esta Célula está direcionada a contribuir ativamente com a prevenção e redução da exposição humana aos diversos fatores de riscos ambientais, com vistas à promoção da saúde. Os programas Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA), Programa de Vigilância em Saúde de Populações Expostas A Contaminantes Químicos (VIGIPEQ-VSPEA), Programa de Vigilância em Saúde Ambiental de Populações Expostas à Poluição do Ar (VIGIAR) e o Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos associados aos Desastres (VIGIDESASTRES) se constituem em operações que viabilizam a execução dessas atividades.

A água pode veicular um elevado número de doenças e essa transmissão pode acontecer por diversos mecanismos. O mecanismo de transmissão que está relacionado diretamente à qualidade da água, é o da ingestão. Um segundo mecanismo é a quantidade insuficiente de água, que pode gerar hábitos higiênicos insatisfatórios, provocando o aparecimento de doenças. Cabe ressaltar que tanto a qualidade da água quanto a sua qualidade e regularidade de fornecimento são fatores determinantes para o acometimento de doenças no homem. As doenças relacionadas ao consumo ou ao contato com água

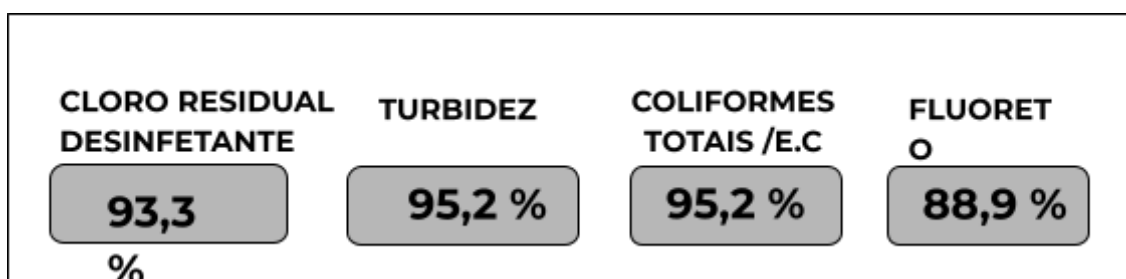
contaminada: Cólera, Febre tifóide, giardíase, amebíase, Hepatite A, DDAs, Leptospirose, entre outras.

Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua)

O Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua) consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na Portaria GM/MS Nº 888, 4 de maio de 2021. O Programa visa promover a saúde e prevenir agravos e doenças de transmissão hídrica, por meio de ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano no diagnóstico da situação do abastecimento de água, gerenciamento dos riscos à saúde, a partir das informações geradas e da avaliação do cumprimento da norma de potabilidade vigente.

Conforme a meta Quadrienal do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 do Indicador: Proporção de Amostras de água analisada, quanto aos Parâmetros Coliformes Totais, Cloro Residual Livre e Turbidez em água para Consumo Humano onde a meta prevista para o ano de 2022 era de 94% das amostras analisadas, foi alcançado o percentual de 94,6% conforme relatório do sistema SISAGUA. (Figura 51)

Figura 51 - Percentual do Cumprimento da Diretriz Estadual para os parâmetros de cloro residual desinfetante, turbidez, coliformes totais e fluoreto, Ceará 2022.



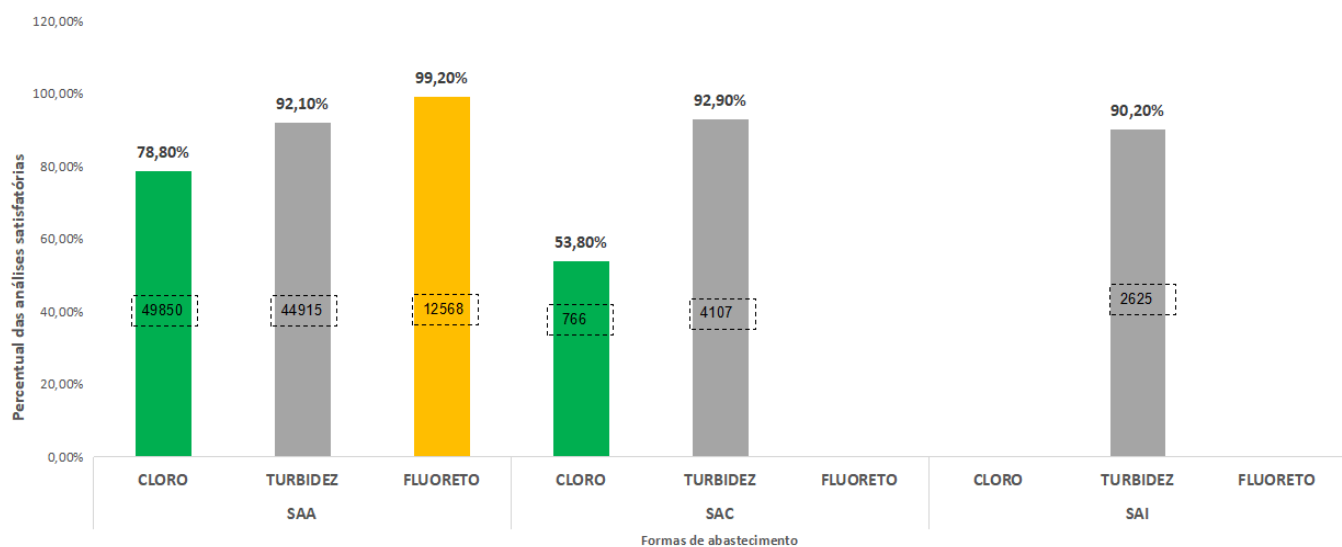
Fonte: SISAGUA/MS. Dados extraídos em 08/05/2023.

Em 2022 foram realizadas 50.616 análises para presença de cloro residual desinfetante nos sistemas de abastecimento e soluções coletivas. Nas análises realizadas nos Sistemas de Abastecimento (SAA),

78,8% (39268/49850) estavam dentro do padrão, enquanto que nas análises das soluções alternativas coletivas (SAC), verificou-se que 53,8% (412/766) estavam dentro do padrão. Nesse período, a meta prevista para o indicador Cloro Residual Desinfetante (Cloro Residual Livre, Cloro Residual combinado e Dióxido de Cloro), que é 75% das análises esperadas, foi atingida em 93,3%.

Para Turbidez foram analisadas 51.647 amostras nas três formas de abastecimento. Verificou-se 92,1% (3.530/44.915) das análises estavam dentro do padrão para SAA, 92,9% (293/4.107) para SAC e 90,2 % (257/2.625) para solução alternativa individual (SAI). Enquanto para o parâmetro Fluoreto foram analisadas 12.892 amostras, das quais, 99,2% (104/12.568) apresentaram resultados dentro do padrão para SAA. (Figura 52).

Figura 52 - Percentual das amostras satisfatórias por forma de abastecimento para os parâmetros cloro, turbidez e flúor, Ceará , 2022



Fonte: SISAGUA/MS. Dados extraídos em 08/05/2023.

As substâncias químicas podem interferir na saúde humana e nas interações entre o homem e o meio ambiente. A contaminação dos ambientes naturais, do solo, das águas superficiais e subterrâneas, do ar e dos alimentos por substâncias químicas representam riscos à saúde pública.

Segundo Carneiro (2015), dentre os impactos à saúde, os de maior relevância para a saúde humana e ambiental são a poluição, contaminações e intoxicações agudas e crônicas relacionadas à aplicação de agrotóxicos, presente em todas as etapas da cadeia produtiva.

O Programa de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Substâncias Químicas (VIGIPEQ) tem como objetivo o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde de forma a adotar medidas de prevenção, promoção contra doenças e agravos à saúde das populações expostas a contaminantes químicos.

Os principais contaminantes ambientais de interesse do Programa VIGIPEQ: amianto, mercúrio, chumbo, benzeno e os agrotóxicos. A vigilância em saúde ambiental do estado tem priorizado os agrotóxicos, com análises de água e solo, para identificar possíveis contaminações.

Nesse âmbito, é inserido a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA), no qual desenvolve ações integradas de saúde, voltadas para a ação de medidas de prevenção e mitigação dos fatores de riscos à saúde das populações expostas ou potencialmente expostas a agrotóxicos.

Na legislação brasileira, os agrotóxicos são definidos pelo Decreto nº 4074 de 04 de janeiro de 2002, que regulamenta a Lei nº 7.802/1990, em seu artigo 2º:

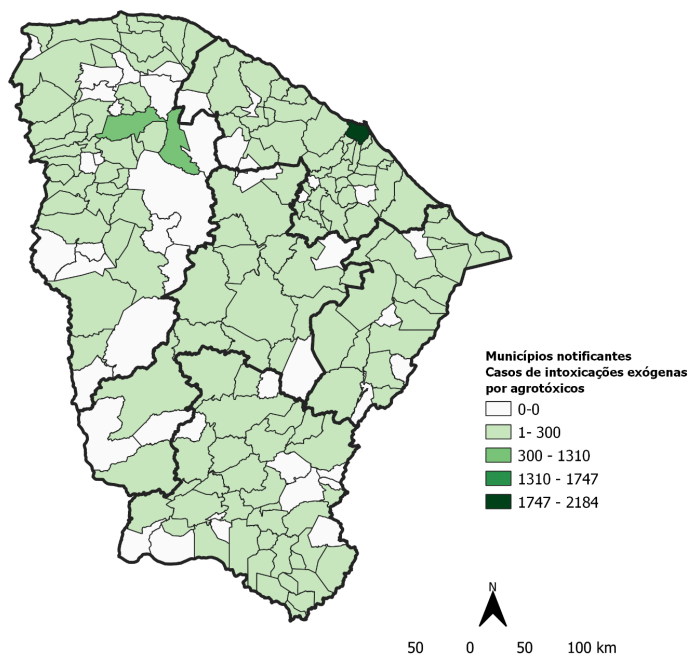
São produtos e agentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados ao uso nos setores de produção, no armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas, nativas ou implantadas, e de outros ecossistemas e também de ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos.

De acordo com a Portaria MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014, a intoxicação por agrotóxicos integra a Lista de Notificação Compulsória (LNC) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Assim, a ocorrência de casos deve ser notificada, por meio da ficha de intoxicações exógenas, por profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde que prestam assistência ao paciente; pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

Ao analisar a distribuição espacial das notificações de casos de intoxicações exógenas por agrotóxicos no período de 2011 à 2023*, segundo os municípios do estado do Ceará, observamos que 139 municípios realizaram notificações, totalizando 5506 notificações. O município de Fortaleza tem o maior número de notificações, o que pode indicar não só maior número de casos de intoxicação, mas também a melhor capacidade de atuação das áreas de vigilância e assistência à saúde para detectar e notificar os casos.

Ressalta-se que a subnotificação é bem expressiva no estado, o que resulta em um cenário de invisibilidade do problema e de baixo acesso à informação por parte de trabalhadores e demais populações expostas. (Figura 53).

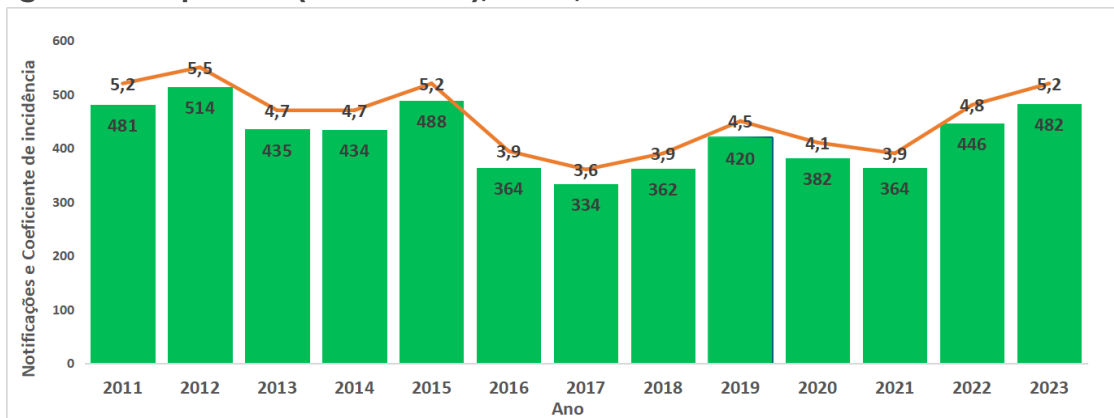
Figura 53 - Casos de intoxicações exógenas por agrotóxicos , Ceará, 2011 a 2023*



Fonte: Sinan, 2023. Dados extraídos em 30/10/2023.

Ao analisar a tendência das incidências, observa-se que as intoxicações exógenas por agrotóxicos apresentam crescimento acentuado entre os anos de 2012 , 2015 e 2023. Os valores mais elevados foram observados nos anos de 2012 (5,5 casos por 100.000 habitantes) e 2015 (5,2 casos por 100.00 habitantes). Ressalta-se que até outubro, evidencia-se uma taxa mais elevada (5,2 notificações por 100 mil habitantes).

Figura 54 - Notificações e coeficiente de incidência de intoxicações exógenas por agrotóxicos por ano (100 mil hab.), Ceará, 2011 a 2023*



Fonte: Sinan, 2023. Dados extraídos em 30/10/2023.

2.2.4. Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) tem como principais objetivos o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT). Mais especificamente a VISAT considera o conjunto de ações que visam a promoção da saúde, a prevenção da morbimortalidade e a redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e em seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho (BRASIL, 2012).

A VISAT compreende principalmente a realização das atividades de vigilância e investigação epidemiológica e dos ambientes de trabalho, que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva dos(as) trabalhadores(as). A avaliação das circunstâncias da ocorrência da doença ou agravo e a notificação compulsória estabelecida pela Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, após a confirmação da relação com o trabalho, também é uma atividade prioritária que integra o conjunto de ações da VISAT.

Na Lista de Notificação Compulsória Nacional constam doenças e agravos relacionados ao trabalho que são monitorados pela VISAT, sendo os principais: Acidente de Trabalho; Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico; Intoxicação Exógena Relacionada ao Trabalho; Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; Câncer Relacionado ao Trabalho; Dermatoses Ocupacionais; Pneumoconioses; Perda Auditiva Induzida por Ruído e Lesão por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (BRASIL, 2019).

Contudo, em que pese o direcionamento das políticas públicas de vigilância da saúde do trabalhador, no período superior a uma década, o estado do Ceará registrou apenas 1.675 casos notificados de doenças relacionadas ao trabalho no SINAN. Podemos deduzir, diante deste cenário, que as doenças relacionadas ao trabalho apresentam dificuldade no nexo causal e, por consequência, há poucas notificações

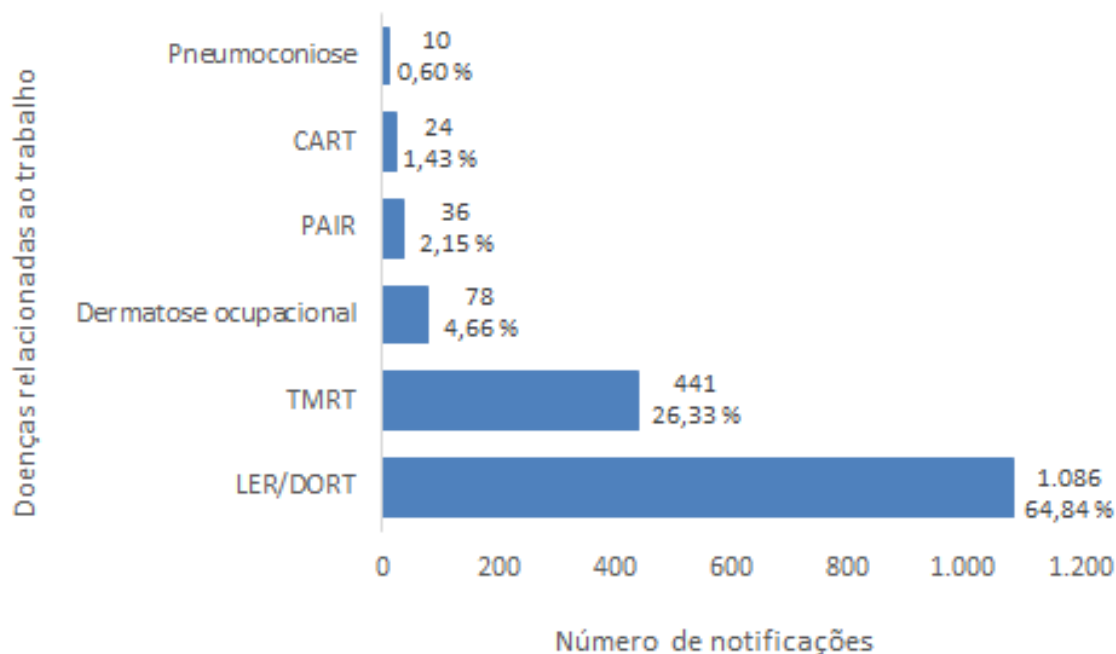
no SINAN, sinalizando para uma necessidade de capacitação constante da rede de atenção à saúde. Além da dificuldade do fechamento do nexo entre o trabalho e a doença, as causas da subnotificação são múltiplas, incluindo a definição da relação entre o risco, a doença e o trabalho, identificação e registro dos casos, devido principalmente às implicações políticas, jurídicas, conflitos de interesses econômicos, estigma ou negligência de parte de empregadores e profissionais de saúde, entre outros fatores.

As Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) são as doenças que mais afetam as trabalhadoras e trabalhadores cearenses, correspondendo a dois terços 64,8% (n=1.086), de todas as notificações. São danos decorrentes da utilização excessiva do sistema que movimenta o esqueleto humano e da falta de tempo para recuperação. Caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas, de aparecimento quase sempre em estágio avançado, que ocorrem geralmente nos membros superiores, tais como dor, sensação de peso e fadiga. Algumas das principais LER que acometem os trabalhadores, são as lesões no ombro e as inflamações em articulações e nos tecidos que cobrem os tendões (Figura 55).

Essas doenças são relacionadas ao trabalho e podem prejudicar a produtividade laboral, a participação na força de trabalho e o comprometimento financeiro e da posição alcançada pelo trabalhador. Além disso, elas são responsáveis pela maior parte dos afastamentos do trabalho e representam custos com pagamentos de indenizações, tratamentos e processos de reintegração à ocupação (Figura 55).

Em segundo lugar no número de notificações, temos o transtorno mental relacionado ao trabalho (n=441, 26,3). Essa doença apresenta-se como uma preocupação crescente no campo das doenças relacionadas ao trabalho e são resultantes de situações do processo do trabalho e outros fatores associados, como a exposição a determinados agentes tóxicos até a estrutura hierárquica organizacional do trabalho (Figura 55).

Figura 55 - Número de doenças relacionadas ao trabalho* notificadas no SINAN, Ceará, 2016 a 2022



Fonte: SINAN-NET/SESA, 2023.

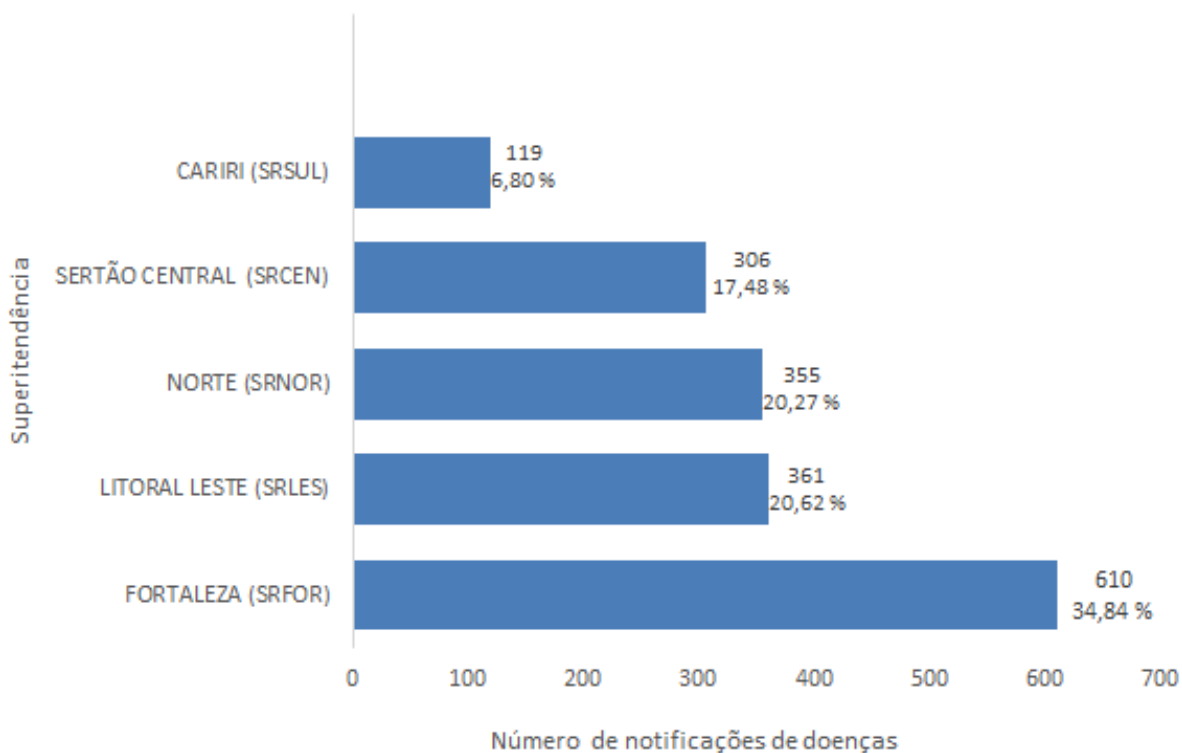
*Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT); Câncer relacionado ao trabalho (CART); Dermatoses ocupacionais; Pneumoconioses; Perda auditiva induzida por ruído (PAIR); e Lesão por esforço repetitivo/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT).

Quando dimensionamos as doenças por regiões de saúde, a Região de Saúde de Fortaleza foi a que apresentou maior número de registros (610 casos, 34,8%), seguida pela Região de Saúde Litoral Leste (361 casos, 20,6%), porém, devemos considerar que a maior concentração da população economicamente ativa e ocupada se encontra na Região de Saúde Fortaleza (Figura 56).

No geral, observa-se uma grande subnotificação das doenças relacionadas ao trabalho no Ceará, mesmo na capital. Este sub registro mostra a compreensão do fenômeno social que são as doenças relacionadas ao trabalho e a implementação de políticas públicas, interferindo na visibilidade social da magnitude da problemática dos casos de trabalhadores que adoecem e morrem trabalhando. Além disso, interfere na produção de informações e indicadores epidemiológicos fidedignos com vistas a construção de políticas públicas e a adoção de medidas preventivas e intervenções efetivas para a população trabalhadora do estado do Ceará. Desse modo, há

muitas lacunas que precisam dar respostas às inúmeras questões desse cenário complexo (Figura 56).

Figura 56 - Notificações das doenças relacionadas ao trabalho* por região de saúde, Ceará, 2016-2022

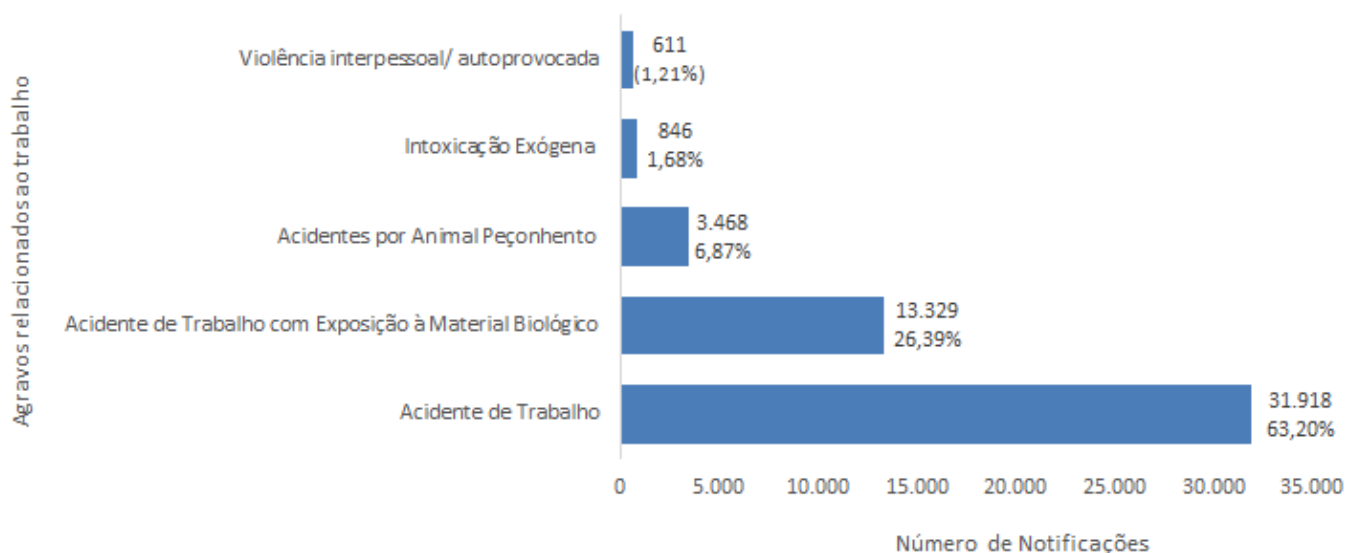


Fonte: SINAN-NET/SESA, 2023

*Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT); Câncer relacionado ao trabalho; Dermatoses ocupacionais; Pneumoconioses; Perda auditiva induzida por ruído (Pair); e Lesão por esforço repetitivo/Distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (LER/DORT).

No Ceará, o quantitativo dos agravos relacionados ao trabalho no período de 2016 a 2022, apresentou número absoluto acumulado de 50.501 agravos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Desses, os que apresentaram maior incidência foram os acidentes de trabalho com 31.918 casos (63,2%) e os acidentes de trabalho com exposição à material biológico, com 13.329 casos (26,3%). O conhecimento gerado a partir das informações do SINAN é de vital importância para o planejamento, a organização e a avaliação dos serviços de saúde, mesmo considerando que os agravos relacionados ao trabalho no estado do Ceará ainda são subnotificados, o que impede o real conhecimento dos agravos relacionados ao trabalho (Figura 57).

Figura 57- Número de agravos relacionados ao trabalho notificados no SINAN, Ceará, 2016 a 2022

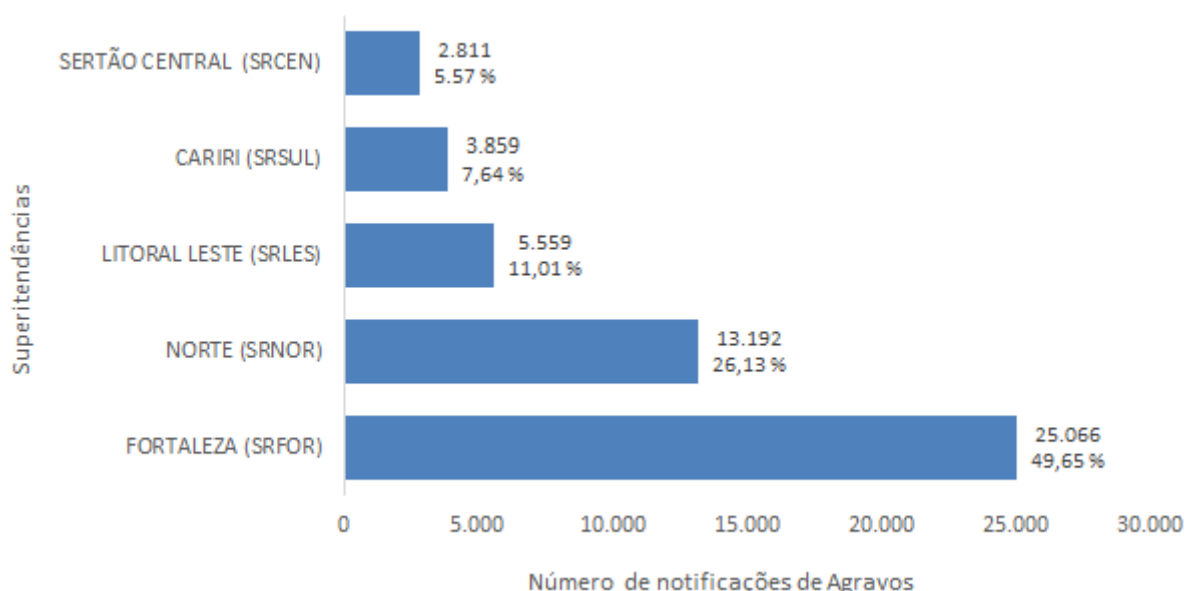


Fonte: SINAN-NET/SESA, 2023.

Em relação aos 50.501 agravos relacionados ao trabalho notificados no SINAN, por Regiões de Saúde, no período de 2016 a 2022, observamos que a Região de Saúde de Fortaleza notificou 49,65% (n=25.066) dos casos, isto pode inferir que na capital temos uma melhor infraestrutura hospitalar para os grandes traumas e um sistema de vigilância mais alerta (Figura 58).

A Região de Saúde Norte apresentou um número absoluto, na série temporal, de 13.192 (26,13%) notificações de agravos relacionados ao trabalho, o que sinaliza que as outras Regiões de Saúde notificaram muito pouco os casos de acidentes com exposição à material biológico, acidente de trabalho, acidentes por animais peçonhentos relacionados ao trabalho, intoxicação exógena relacionada ao trabalho, violência interpessoal/autoprovocada relacionada ao trabalho e o trabalho infantil (Figura 58).

Figura 58- Número de agravos relacionados ao trabalho notificados no SINAN, por região de saúde, de 2016 a 2022



Fonte: SINAN-NET/SESA, 2023

*Acidente por exposição à material biológico, Acidente de Trabalho, Acidentes por animais peçonhentos relacionados ao trabalho, Intoxicação exógena relacionada ao trabalho, Violência interpessoal/autoprovoçada relacionada ao trabalho e trabalho infantil.

Segundo o Instituto de Pesquisa do Ceará, o Ceará possui uma População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO) de 3.359.716 de trabalhadores (IPECE, 2019). Portanto, há uma diversidade de trabalhadores que podem ser mais vulneráveis aos agravos relacionados ao trabalho considerando a exposição aos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes, que poderão acarretar diversos problemas à saúde física e mental. Nesse sentido, ratifica-se a importância de conhecer os riscos e construir rotinas de atendimento em saúde do trabalhador possibilitando estabelecer processos de trabalho para ofertar atenção integral aos(as) usuários(as) acometidos por DART na rede de serviços do SUS.

Para melhor efetivação da Vigilância em Saúde do Trabalhador em nosso Estado, faz-se necessário uma melhor compreensão da categoria trabalho como um determinante social do processo saúde/doença conforme descrito pela Organização Mundial de Saúde, melhor integração e articulação permanente entre a gestão, atenção à

saúde, a vigilância, a participação da comunidade e Conselhos de Saúde; revisão do Código Estadual de Saúde, inserindo a Vigilância em Saúde do Trabalhador; institucionalização e estruturação da Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nas Regiões de Saúde e nas Áreas Descentralizadas de Saúde; implementação, nos serviços públicos e privados, da notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) das doenças e agravos relacionados ao trabalho e a Criação do Comitê Estadual de Investigação dos Óbitos Relacionados ao Trabalho, visando articulação intra e interinstitucional para planejamento de ações e intervenções estratégicas de prevenção das causas e redução da mortalidade relacionada ao trabalho no Ceará.

Refletir sobre a saúde do trabalhador no SUS/CE significa sublinhar uma área de conhecimento em construção e que se propõe a compreender as manifestações das condições de trabalho para a saúde não apenas na esfera dos acidentes de trabalho no âmbito industrial, mas também a sua repercussão, do ponto de vista da saúde, no campo da agricultura e dos demais serviços, com vínculos formais ou informais. Sabemos dos impactos do trabalho e a ausência deste na vida e no adoecimento dos sujeitos devem ser considerados em toda a linha de cuidado, porém, ainda observamos falhas importantes, principalmente pela subnotificação no SINAN, o que inviabiliza qualquer ação de acompanhamento dos casos, ações preventivas nos ambientes e processos de trabalho e consequente redução da morbimortalidade.

2.2.5. Serviço de Verificação de Óbito Dr. Rocha Furtado (SVO)

O Serviço de Verificação de Óbito Dr. Rocha Furtado (SVO) é uma unidade pertencente à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE), vinculada à Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVIG). A instituição foi inaugurada em 31 de maio de 2005 para esclarecimento das causas dos óbitos de morte natural em situações em que não houve assistência médica ou sem elucidação diagnóstica, mesmo com assistência médica. Assim, o diagnóstico da causa real do óbito é fundamental para nortear a elaboração de políticas de saúde, aumentando a eficácia das ações, contribuindo para combater e controlar as doenças que ameaçam a vida da população.

Além disso, no âmbito social, a atuação do SVO possibilita benefícios para a comunidade, com impacto positivo na proteção social,

sobretudo a mais carente, que nem sempre tem assistência médica. Por meio da emissão da Declaração de Óbito (DO), documento necessário e indispensável para o registro da morte, sepultamento e obtenção de pecúlios.

O Serviço Social no SVO tem como objetivo geral prestar assistência nas situações de óbito na conclusão da cidadania pós morte. Dentre as principais atividades desenvolvidas pelos profissionais do serviço social estão: o acolhimento humanizado, a escuta qualificada, a comunicação assertiva, a identificação de alguns determinantes sociais por meio do perfil socioeconômico, a evolução social de todos atendimentos, orientações quantos aos direitos: previdenciários, trabalhistas e sociais, a concessão do benefício eventual: auxílio funeral/LOAS, encaminhamentos, articulação com rede de proteção social e orientação sobre obtenção da Certidão de Óbito.

Complementando a assistência dada à população, o SVO possui o atendimento domiciliar por meio do SVO Móvel. Há uma equipe composta por médicos e assistentes sociais que atendem a demanda de Fortaleza.

No âmbito acadêmico, o SVO é uma unidade auxiliar no ensino e na pesquisa em saúde, sob a gestão da SESA por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). O Centro de Estudo, Aperfeiçoamento e Pesquisa (CEAP) da unidade é a instância responsável por gerir as atividades de cunho técnico-científico-cultural desenvolvidas no SVO, tendo como sujeito de intervenção os colaboradores e os acadêmicos dos cursos técnicos, de graduação e pós graduação.

Ainda nesse aspecto, o SVO é referência em necropsias, junto à Comissão de Residência Médica, para estágio de médicos residentes em Patologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) e do Hospital do Câncer. A instituição representa, ainda, um campo de prática para estagiários do Curso de Serviço Social e de Medicina, de universidades públicas e privadas.

Cumprindo seu papel na vigilância do óbito, e ciente da importância do conhecimento epidemiológico para a orientação de políticas públicas de saúde voltadas à promoção e prevenção de saúde, o SVO implementou a criação do Núcleo de Epidemiologia. Esse setor

compila os dados dos agravos de notificação compulsória ou de importância epidemiológica por meio da alimentação dos sistemas de informação da saúde produzindo informações relevantes.

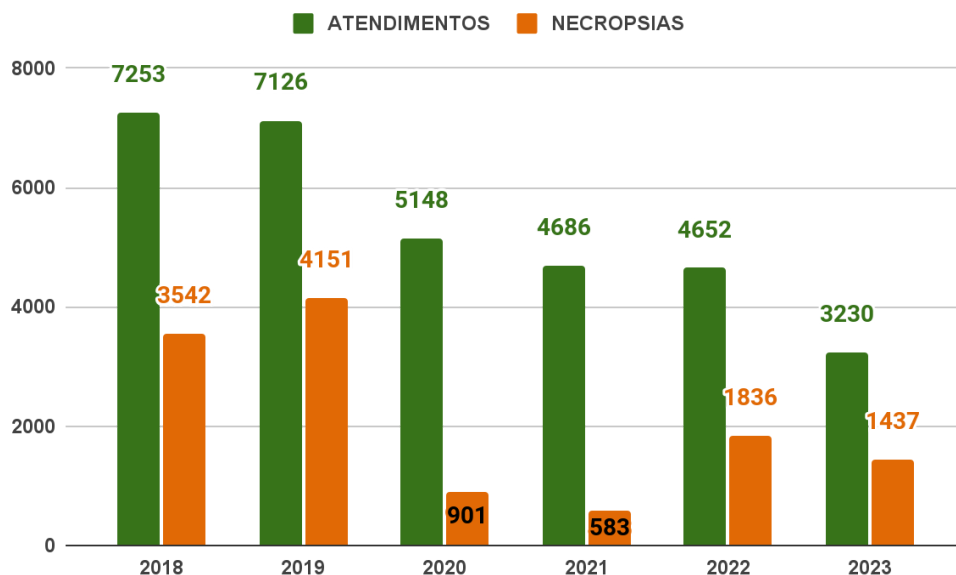
No sentido de fortalecimento da vigilância em saúde é importante frisar que a vigilância dos óbitos maternos, infantis, fetais e com causa mal definida é conceitualmente uma atividade de vigilância epidemiológica assim também como é a vigilância de óbitos que prescindem de esclarecimento das causas dos óbitos de morte natural ou sem diagnóstico esclarecido.

O SVO portanto funciona como um sinalizador, qualificando informações sobre os óbitos do Estado e subsidiando a elaboração de políticas públicas direcionadas.

Dados SVO - Série Histórica (2018 - 2023)

Até setembro de 2023, o SVO contabilizou 3.230 atendimentos. Destes óbitos, 1.437 corpos foram necropsiados.

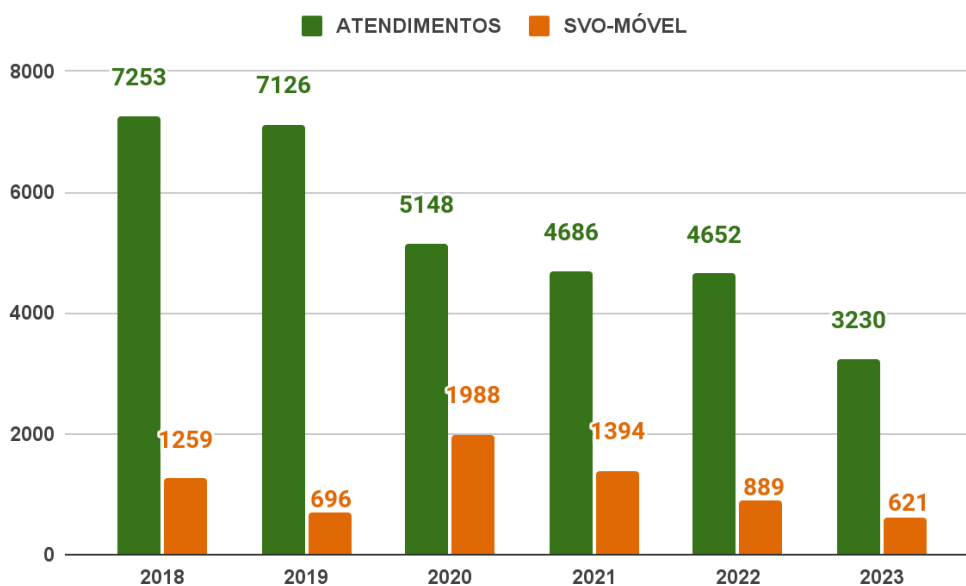
Figura 59- Número de atendimentos e de necropsias realizadas



Fonte: Própria - Coleta de dados: 16/10/2023

O serviço de atendimento móvel contabilizou até setembro de 2023, 621 atendimentos em domicílio. Este serviço permite que as famílias, dentro de um perfil definido, obtenham a declaração de óbito sem a necessidade de encaminhamento do corpo ao SVO.

Figura 60 - Número de atendimentos e de serviços de atendimento móvel realizados



Fonte: Própria. Coleta de dados: 18/10/2023

2.2.6. Vigilância Laboratorial

A Vigilância Laboratorial é o processo de coleta, análise e interpretação de dados relacionados à saúde, obtidos por meio de testes laboratoriais. Ela desempenha um papel fundamental na detecção precoce, no monitoramento e na resposta às emergências em saúde pública. Alguns dos principais objetivos da vigilância laboratorial incluem: Diagnóstico de Doenças; Monitoramento de Surto; Avaliação da Efetividade de Vacinas; Vigilância de Resistência a Antibióticos.

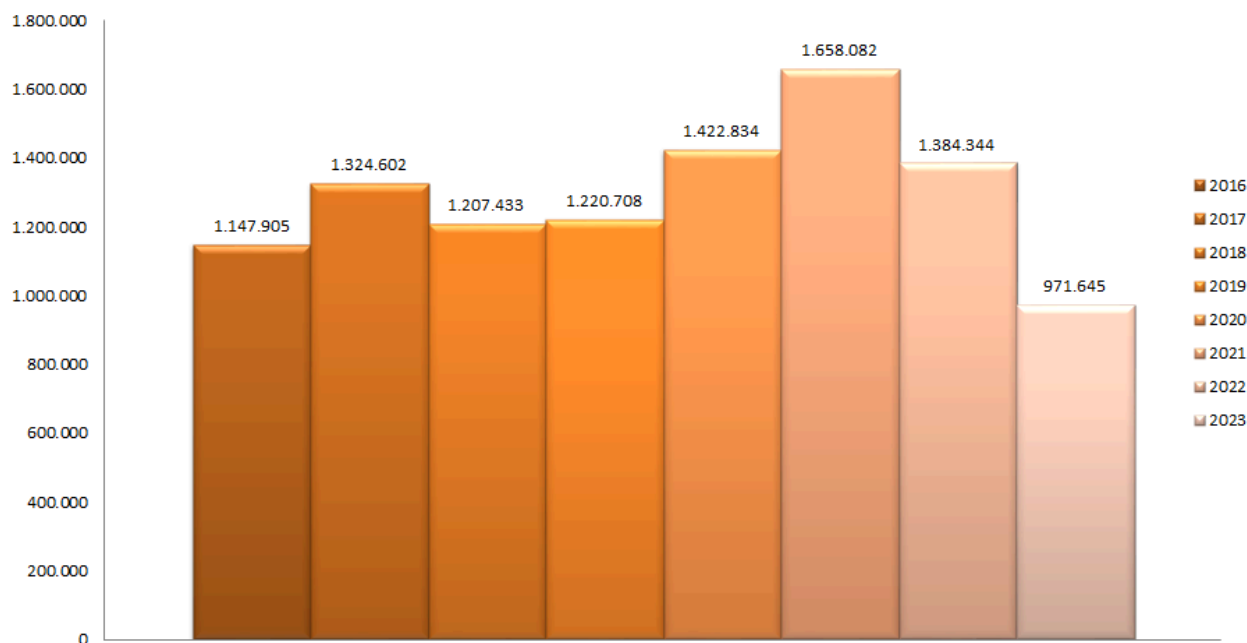
A Vigilância Laboratorial no Estado do Ceará é de competência da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública, com foco no diagnóstico de doenças e agravos de interesse sanitário, epidemiológico, ambiental e da saúde do trabalhador; no monitoramento das linhagens e mutações genéticas dos genomas de patógenos contribuindo para o enfrentamento de emergências em saúde pública em termos de diagnósticos mais precisos e produção de vacinas mais eficazes; realizando análises para o enfrentamento às emergências sanitárias por microorganismos emergentes e assim, promovendo a Vigilância de Resistência a Antibióticos. A Rede LACEN é constituída por :

Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN: localizado em Fortaleza, é uma Instituição Pública e Estratégica para as ações de Vigilância em Saúde do Estado e, desde a criação do Sistema Estadual de Saúde Pública em 1977, tem se engajado fortemente nas questões relacionadas com a saúde pública e o bem-estar da população. O LACEN-CE é o Laboratório de Saúde Pública de Referência do Estado do Ceará. Sua história se confunde com a trajetória cearense com o enfrentamento dos principais problemas e emergências de saúde do Ceará. É parte integrante do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - SISLAB do Ministério da Saúde, com a realização de ensaios diagnósticos das doenças de notificação compulsória e outros agravos de interesse epidemiológico. Assim como realiza o controle da qualidade de produtos de interesse da Vigilância Sanitária e Ambiental. As respostas dadas em situações críticas, como foram os casos da emergência sanitária da epidemia de zika, da situação da dengue e chikungunya e na Pandemia do novo Coronavírus são exemplos da relevância da instituição na resposta aos problemas sanitários. Além de coordenar e promover a capacitação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública.

Laboratórios Regionais em Juazeiro do Norte, Crato e Tauá e dois Postos de Coleta localizados em Senador Pompeu e Icó.

A Rede LACEN realizou em 2022, 1.384.344 análises e até setembro de 2023, 971.645 análises de acordo com o cenário epidemiológico do Estado que se apresenta.

Figura 61 - Produção da Rede LACEN-CE - Série histórica



Fonte: Kibana/GAL.

Historicamente a vigilância virológica foi implantada no Ceará em 1998. Sobre as arboviroses, mais especificamente falando, a rede LACEN desempenha um papel fundamental na resposta aos problemas sanitários relacionados às arboviroses. Por se tratar de um laboratório com a competência de realizar a vigilância laboratorial, as análises de arboviroses estão restritas a casos suspeitos. O diagnóstico laboratorial desses agravos é realizado no LACEN por meio de métodos sorológicos (ELISA) e por métodos moleculares (RT-qPCR Dengue/Chikungunya; RT-PCR para Zika).

Em 2023, vigilância genômica para arboviroses foi oficialmente implantada no LACEN, representando um grande avanço para a vigilância da dengue e diagnóstico de outras arboviroses no estado. Esse avanço da vigilância laboratorial, no contexto da circulação desses três arbovírus (Dengue/Chikungunya, Zika, contribuiu para a identificação de novos cenários epidemiológicos no Ceará, a exemplo do aumento da prevalência de incapacidades, cronicidade desses agravos, complicações neurológicas, aumento na incidência de casos

graves, óbitos e ainda danos aos conceitos pelas infecções nas gestantes.

Comente-se que no período de 2001 a 2012 foram isolados os quatro sorotipos existentes da dengue e nos anos de 2015 e 2016 foram isolados ZIKV e CHIKV, respectivamente. Em 2023, até a SE 11, foram isolados os arbovírus DENV1, DENV2 e CHIKV no Estado. A partir do projeto de "Fortalecimento da Rede Nacional de Sequenciamento Genético" e a expansão do sequenciamento para as arboviroses urbanas (Dengue, Chikungunya e Zika), o LACEN está capacitado para apoiar as atividades de vigilância genômica para estes agravos dentro da Rede Nacional de Sequenciamento Genético (RNSG).

Os gráficos a seguir demonstram o desempenho da realização de exames laboratoriais para as arboviroses acima citadas. A análise desses resultados permite quantificar e qualificar a diversidade genética viral dos arbovírus circulantes no Estado e apontar medidas mais assertivas de intervenção e controle quanto à circulação dos vírus e ainda de assistência à população afetada.

Figura 62 - Série histórica de exames realizados no LACEN para DENGUE/Taxa de positividade

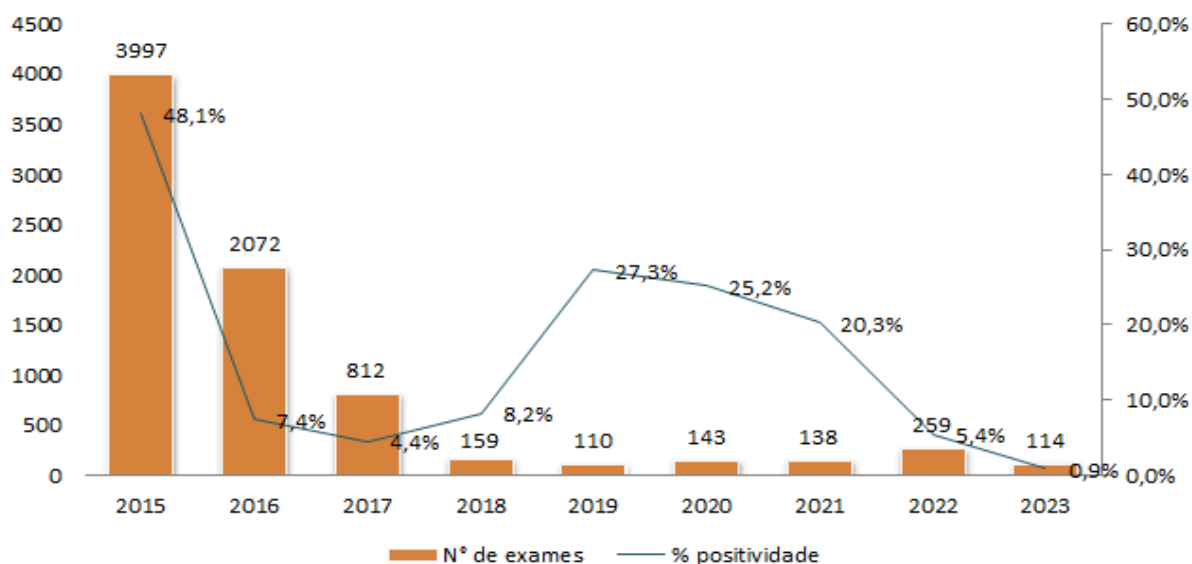
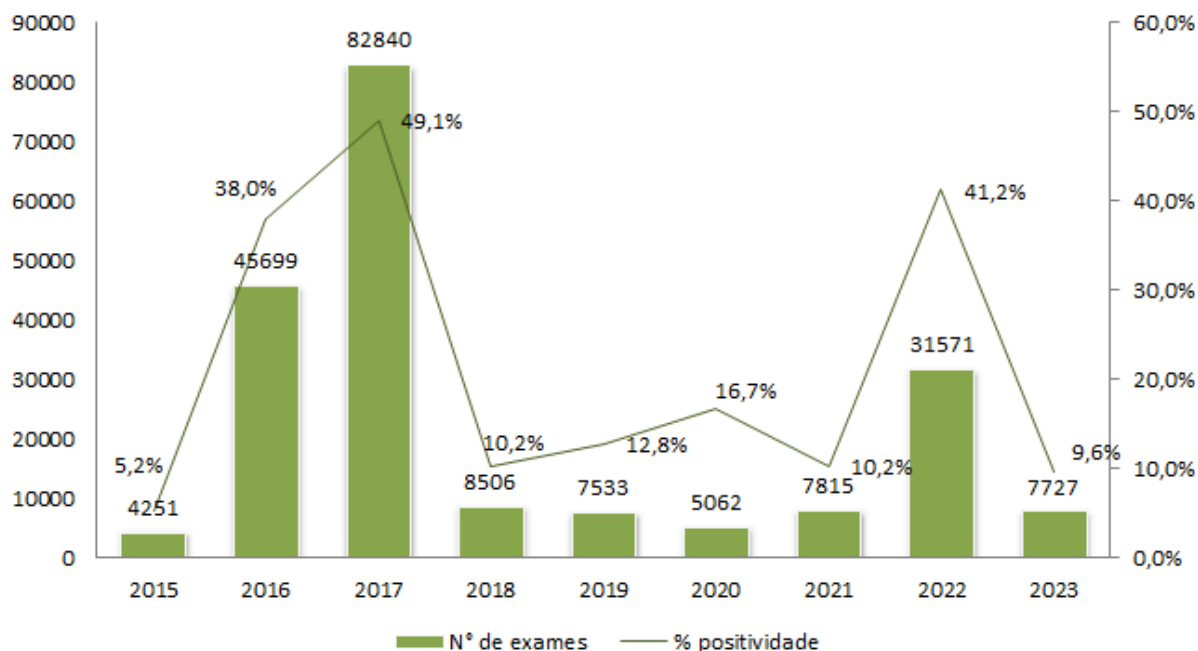


Figura 63 - Série histórica de exames laboratoriais para CHIKUNGUNYA/Taxa de positividade



Contudo, apesar dos avanços e conquistas, a Rede Lacen tem vários desafios a serem superados no período de 2014-2027. A regionalização da vigilância laboratorial depende essencialmente da implantação de duas novas unidades laboratoriais: LACEN em Limoeiro do Norte e LACEN em Sobral. A estrutura física do LACEN em Fortaleza deve ser modernizada no mesmo grau de necessidade que a vigilância genômica para outros agravos deve ser ampliada.

Também se constitui em um desafio a elevação da capacidade do LACEN para realizar testes especializados, com foco no diagnóstico de doenças emergentes e reemergentes e de patógenos letais, por meio da aquisição e instalação de Unidades Modulares no Laboratório de Nível de Biossegurança 3- NB-3 do LACEN-CE. Na esteira da qualificação busca-se elevar o nível de acreditação do LACEN em Fortaleza pela Organização Nacional de Acreditação - ONA de “acreditado pleno” (Nível 2) para “acreditado com excelência” (Nível 3).

2.2.7. Imunização

No Brasil, desde o início do século XIX, as vacinas são utilizadas como medida de controle de doenças. No entanto, somente a partir do ano de 1973 é que se formulou o Programa Nacional de Imunizações (PNI). O PNI organiza toda a política nacional de vacinação da população brasileira e tem como missão o controle, a erradicação e a eliminação de doenças preveníveis por vacinas.

As diretrizes e responsabilidades para a execução das ações de vacinação são compartilhadas nas três esferas de gestão. Compete à esfera federal, o provimento dos imunobiológicos e envio aos estados. Reconhecendo a relevância desse objetivo a SESA criou na sua Estrutura Organizacional recentemente publicada pelo Decreto nº 35.599, de 27 de julho de 2023, e no âmbito da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVIG), a Coordenadoria de Imunização (COIMU). Dessa forma, na esfera estadual, as atividades estão sob a responsabilidade da COIMU, que coordena, monitora, avalia e supervisiona as estratégias de vacinação, articuladas com os municípios e regiões de saúde. Assim também, a COIMU acompanha os processos de planejamento, recebimento, armazenamento e distribuição de imunobiológicos e insumos, por meio da Célula de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos (CEDIM), para atender a vacinação de todos os grupos populacionais nos 184 municípios. Aos municípios, compete a operacionalização da ação.

A Cobertura Vacinal (CV) é o indicador utilizado para estimar a proporção da população-alvo vacinada e supostamente protegida para determinadas doenças. Essa mensuração tem como principal objetivo avaliar e monitorar as metas de vacinação das vacinas que compõem o calendário básico, reduzindo a morbimortalidade por doenças preveníveis por imunobiológicos que são utilizados na rotina de vacinação.

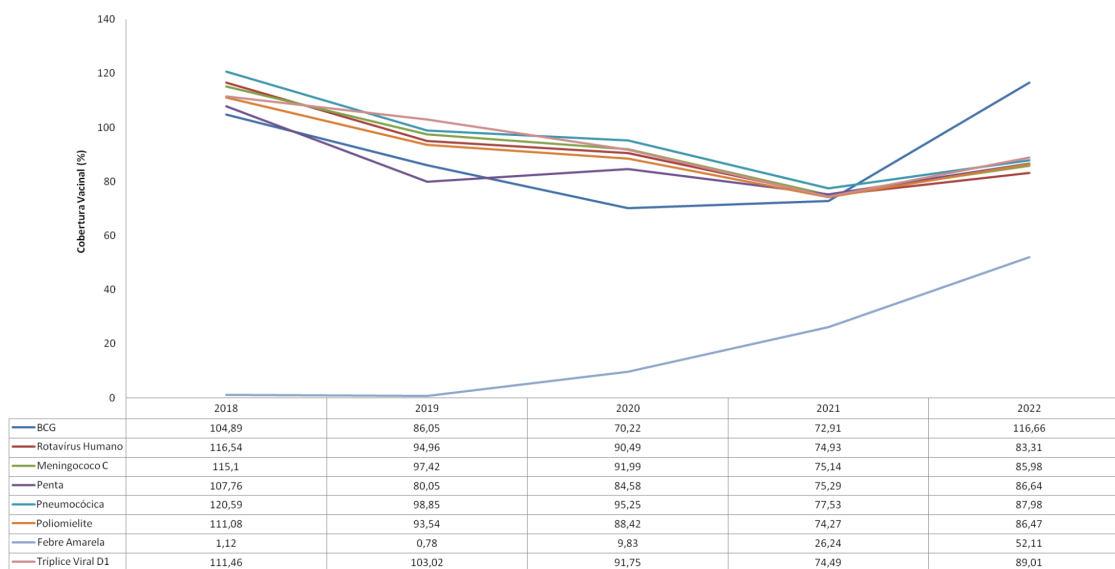
Além da análise de CV por vacina, é recomendado realizar o monitoramento desse indicador em todas as vacinas preconizadas no Calendário Nacional de Vacinação, especialmente em crianças menores de dois anos de idade, considerando que esta é a faixa etária em que se conclui o esquema primário de vacinação e mais suscetível ao adoecimento.

2.2.7.1. Cenário da Cobertura Vacinal

O Brasil é reconhecido mundialmente pelo seu Programa Nacional de Imunização (PNI) que, através do Sistema Único de Saúde (SUS), viabiliza o acesso gratuito a todas vacinas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Entre elas, vacinas para prevenção da febre amarela, poliomielite, gripe, sarampo, rubéola, rotavírus, coqueluche, meningite, tuberculose e hepatites.

Para que a oferta de vacinas resulte na redução da ocorrência de doenças é necessário que a cobertura vacinal na população-alvo seja significativa. Entretanto, ao se avaliar a série histórica de Cobertura Vacinal (CV), para as principais vacinas indicadas em crianças menores de dois anos de idade, no período de 2018 a 2022, identificou-se o acúmulo de crianças não vacinadas ou com esquema em atraso. A queda nas taxas de vacinação entre os anos de 2019 e 2021 é claramente perceptível (Figura 64).

Figura 64 - Série Histórica de Cobertura Vacinal (%) em menores de 2 anos. Ceará, 2018-2022



Fonte: SIPNI. Datasus, acessado em 23 de maio de 2023. Dados sujeitos a alterações.

Outro indicador aplicado para avaliar o desempenho do programa estadual de imunização é a homogeneidade de CV entre os municípios. Analisando os anos de 2021 e 2022, identifica-se um aumento da homogeneidade, ou seja, um maior número de municípios

com alcance da meta para cada uma das oito vacinas monitoradas. Tal achado corrobora com as inúmeras estratégias desenvolvidas pelos municípios para o avanço da vacinação no Ceará. Ressalta-se que, para obter a CV de forma homogênea, pelo menos 70% dos municípios deverão alcançar a meta preconizada (Figura 65).

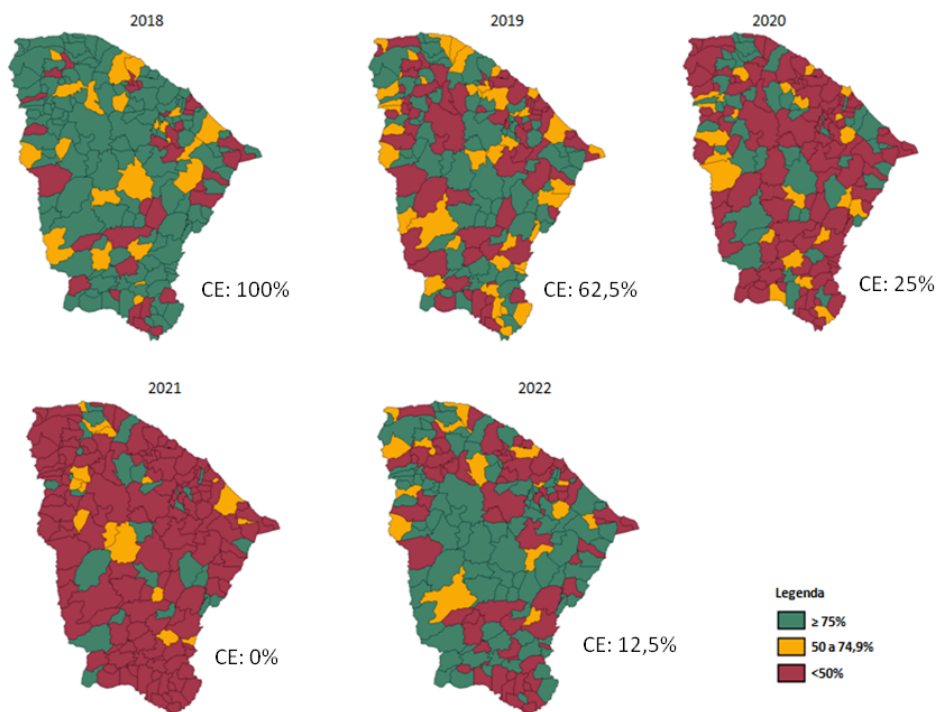
Figura 65 - Homogeneidade de Cobertura Vacinal (%) em menores de 2 anos. Ceará, 2018-2022

Ano	Homogeneidade de Cobertura Vacinal (%) em menores de 2 anos. Ceará, 2018-2022							
	Imunobiológico							
	BCG	Rotavírus	Meningococo C	Penta	Pneumocócica	Poliomielite	Febre Amarela	Tríplice Viral D1
2018	71,7	89,7	81,0	73,4	85,9	75,5	0,0	82,6
2019	56,5	67,9	63,6	27,7	73,4	56,5	0,0	65,8
2020	36,4	44,0	39,1	27,7	44,6	38,0	0,5	41,8
2021	47,8	26,6	21,2	22,8	21,7	21,2	2,2	18,5
2022	90,2	59,2	54,9	63,0	58,2	63,0	7,1	57,1

Fonte: SIPNI. Datasus, acessado em 23 de maio de 2023. Dados sujeitos a alterações.

Além da análise descrita acima, é necessário observar a efetividade das estratégias de vacinação para o alcance da CV em todas as vacinas preconizadas no calendário básico. Na figura 66, verifica-se a melhoria nos resultados entre os anos de 2021 e 2022, para o estado do Ceará.

Figura 66 - Proporção de vacinas (%) do Calendário Básico de Vacinação em crianças menores de 2 anos, por município. Ceará, 2018-2022



Fonte: SIPNI.Datasus, acessado em 23 de maio de 2023. Dados sujeitos a alterações.

Portanto, visando o alcance das atividades de vacinação de alta qualidade, faz-se necessária a vigilância das CV por Superintendência Regional - SR (Figura 67), a fim de priorizar as regiões com maior risco de reintrodução de doenças.

Figura 67 - Proporção de vacinas (%) do Calendário Básico de Vacinação em crianças menores de 2 anos, por SR. Ceará, 2018-2022

SR	Série Histórica do Indicador de proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação (%) por SR				
	2018	2019	2020	2021	2022
Cariri	100,0%	85,7%	100,0%	0,0%	12,5%
Fortaleza	100,0%	57,1%	14,3%	0,0%	12,5%
Litoral Leste	100,0%	85,7%	0,0%	14,3%	62,5%
Norte	100,0%	85,7%	0,0%	14,3%	75,0%
Sertão Central	100,0%	71,4%	0,0%	0,0%	87,5%

Fonte: SIPNI. Datasus, acessado em 23 de maio de 2023. Dados sujeitos a alterações.

Sabe-se que diversos fatores podem estar relacionados aos baixos índices dos indicadores de imunização nos últimos anos. Entre

eles, a mudança de sistemas oficiais para o registro nominal das doses aplicadas que ocorreu no final do ano de 2019, assim como o início da pandemia Covid-19 no início do ano de 2020, que impactou diretamente na busca pelos serviços de vacinação, embora considerados essenciais. Desta forma, com o objetivo em buscar coberturas satisfatórias, de forma homogênea, tanto em avaliação regional quanto municipal, bem como nas diversas localidades de cada município, esforços têm sido intensificados em todas as esferas da gestão do programa de imunização.

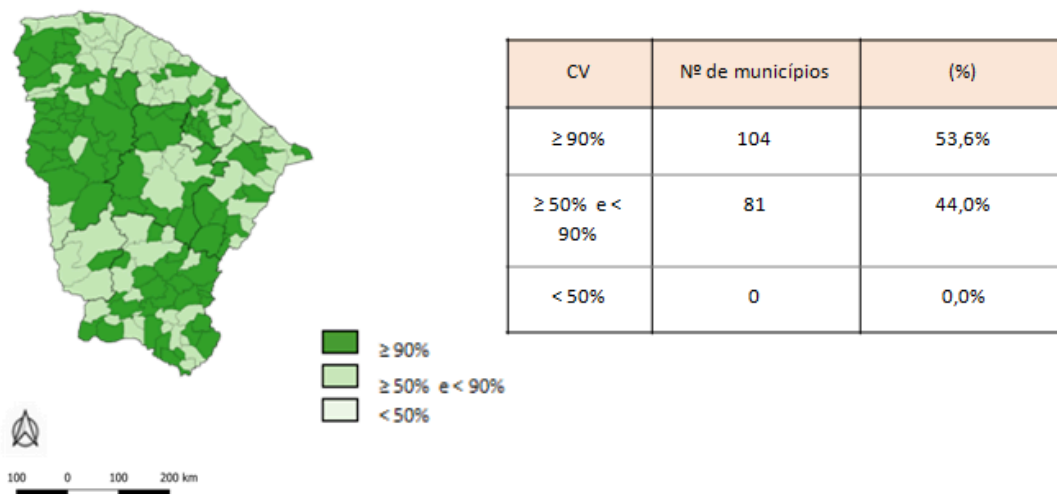
2.2.7.1.1. Vacinação covid-19

A vacinação contra a Covid-19 é reconhecida como a principal estratégia de redução da morbimortalidade da doença, bem como internações e óbitos, desde sua implantação, em janeiro de 2021. A Campanha Nacional de Vacinação contra covid-19 é operacionalizada no Ceará, conforme as recomendações do Ministério da Saúde (MS), e toda a população a partir de 6 meses de idade está contemplada para a vacinação.

O êxito obtido por meio das ações de vacinação contra a covid-19 no Estado e nos municípios, até o momento, foi possível mediante o envolvimento de todas as esferas de gestão no planejamento e na operacionalização, além da mobilização e da adesão da população à vacina.

No Ceará, 91,7% (8.348.679/9.097.366) da população possui o esquema vacinal primário completo. No entanto, verifica-se que apenas 56,5% (104/184) dos municípios alcançaram a meta preconizada para o esquema primário (Figura 68).

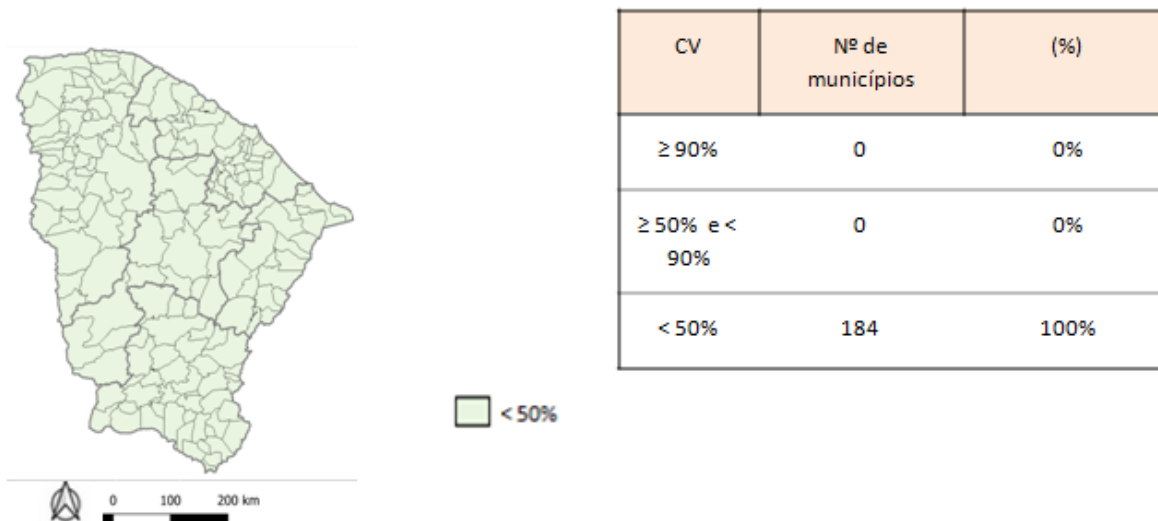
Figura 68 - Cobertura vacinal do esquema primário de vacinação contra Covid-19, por município. Ceará, 2023



Fonte: Monitoramento diário (Vacinômetro). Dados atualizados em 15/10/2023.

Considerando que a vacinação com o reforço da vacina bivalente iniciou em 27 de fevereiro inicialmente para os grupos prioritários a partir de 12 anos, atualmente a estratégia está recomendada para a população em geral a partir de 18 anos de idade. A CV do Estado corresponde a 18,1% (1.393.002/7.681.070) para a população em geral acima de 18 anos (Figura 69).

Figura 69 - Cobertura vacinal da dose de reforço contra Covid-19, por município. Ceará 2023



Fonte: Monitoramento diário (Vacinômetro). Dados atualizados em 19/10/2023.

2.3. Panorama da Atenção à Saúde

2.3.1. Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) compreende ações e serviços que privilegiam o cuidado individual e coletivo, a partir das condições de vida e determinantes sociais dos distintos territórios onde as pessoas residem.

Cabe lembrar que todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais, conforme nos assinala Starfield (2022), quais sejam: otimizar a saúde da população através do incremento do estado mais avançado do conhecimento acerca da causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde e, por outro lado, outra meta se refere à minimização das disparidades entre subgrupos populacionais, a fim de que certos grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

A partir disso, para a mesma autora

“A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros “(STARFIELD (2022, p. 28).

Para materializar as ações definidas para a APS, optou-se, em 1994, pelo Programa Saúde da Família (PSF) que vai de Programa de Governo à Política Pública em 2006, com a instituição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio do Pacto pela Saúde 2006.

Mirando a esta concepção e visando ao alcance de fortalecer as ações e serviços relativos à APS, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) indo ao encontro com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tem o propósito de contribuir para o bem-estar das pessoas, tendo como missão promover a saúde e o bem-estar das pessoas, implementando políticas públicas pautadas na universalidade, integralidade e equidade, visando, portanto, fortalecer os processos de

trabalho da Atenção Primária à Saúde nas Regiões de Saúde do Estado do Ceará, no que tange aos aspectos de atenção, assistência e cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF).

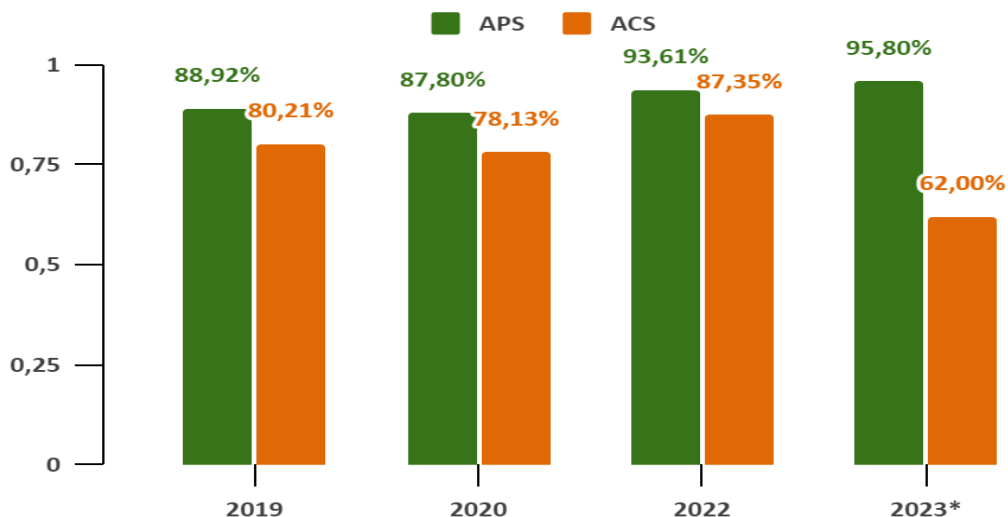
Neste cenário, a Secretária Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS), por meio da Coordenadora de Atenção Primária à Saúde (COAPS), composta pela Célula de Atenção Primária e Promoção da Saúde (CEPRI) e Célula de Atenção à Saúde das Comunidades Tradicionais e Populações Específicas (CEPOP), tem almejado fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) que, em seu turno, é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

Um acompanhamento importante realizado pela COAPS é relativo ao indicador de Cobertura de Atenção Primária à Saúde (Figura 70). Este indicador, atualmente, é utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Primária, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais regionais de saúde e eixo estruturante de programas e projetos. Além disso, este indicador contribui para o favorecimento da capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde, a fim de fortalecer o planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Observa-se que, no estado do Ceará, a cobertura da Atenção Primária saiu de 64,64% em julho de 2007 para 95,80% em outubro de 2023. Em adição, o Estado do Ceará possui 2927 equipes de saúde da família e 60 equipes de atenção primária, espalhadas nas cinco regiões de saúde (BRASIL, 2023).

Ainda, acerca da cobertura de Atenção Primária (como já aludido anteriormente) e cobertura de Agentes Comunitários de Saúde no período entre 2019 e 2023, temos:

Figura 70 - Cobertura de Atenção Primária e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Estado do Ceará, no período de 2019 a 2023*



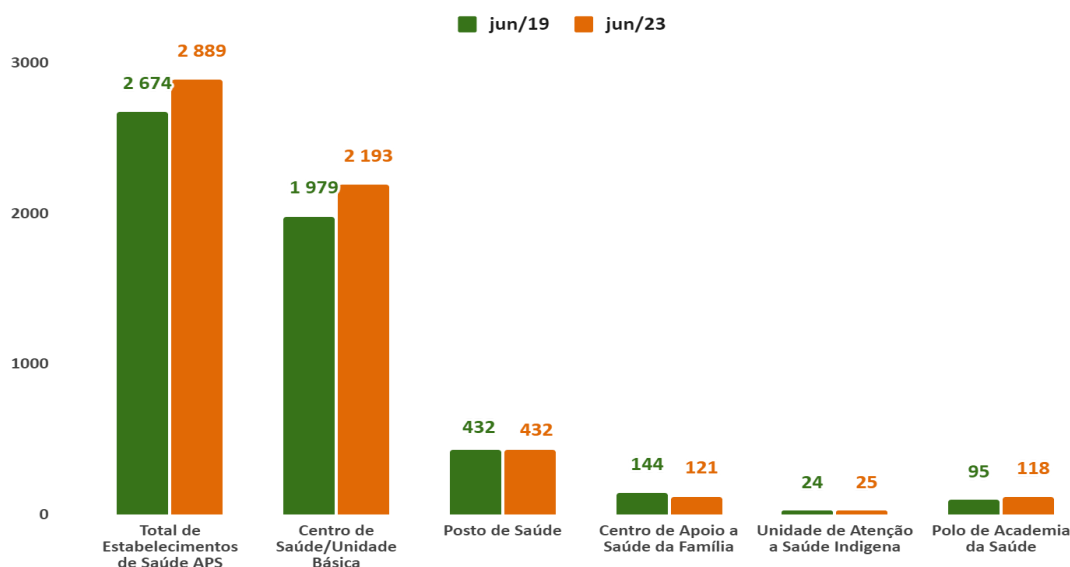
Fonte: e-GESTOR AB/SISAB, disponível em: <https://sisab.saude.gov.br> . Dados extraídos em: 23/10/2023*.

Observamos um aumento da cobertura de atenção primária no período especificado, saltando de 88,92% para 95,80%, o que deve propiciar o fortalecimento do acesso aos serviços de saúde, o cuidado longitudinal, as ações de promoção à saúde e, consequentemente, o bem-estar de pessoas e coletividades.

Já não se observa esse crescente no caso da cobertura de ACS que em 2019 era de 80,12% e, atualmente, está em 62 %. No processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem sido ator imprescindível ao realizar a integração dos serviços da Atenção Primária com a comunidade.

Preocupa o declínio deste percentual no estado, tendo em vista o protagonismo desta categoria profissional no Ceará em 1989, onde, oportunamente, o Programa Agente de Saúde (PAS) objetivou melhorar o nível de saúde das populações carentes, mediante a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde. Isto se deu a partir da experiência da contratação, através do Plano Emergencial de Combate às Secas, de pessoas selecionadas e treinadas para desenvolver as ações primárias de saúde, tais como: incentivo ao aleitamento materno, vacinação e terapia de reidratação oral.

Figura 71 - Quantitativo de Estabelecimentos de Saúde da Atenção Primária, por Estabelecimento, segundo CNES, competência jun/2019 a jun/2023, no Estado do Ceará

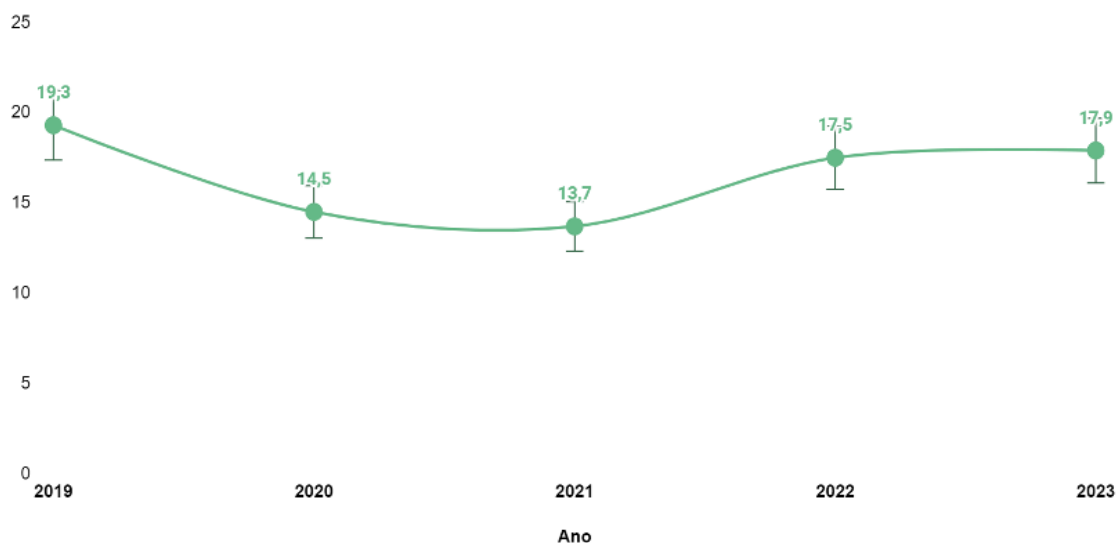


Fonte: e-GESTOR AB/SISAB, disponível em: <https://sisab.saude.gov.br>. Dados extraídos em 23/10/2023.

Conforme descrito no gráfico acima, observamos um aumento no número dos estabelecimentos de saúde no Estado do Ceará. Em 2019, tínhamos 2.674 estabelecimentos e, atualmente, temos 2.889 estabelecimentos, dentre eles Centros de Saúde/Unidade Básica que configura como modalidade com maior quantidade de estabelecimentos.

Alguns indicadores de saúde da Atenção Primária são importantes para que gestores, trabalhadores e profissionais da saúde e sociedade possam conhecê-los. No caso de gestores, trabalhadores e profissionais da saúde, esses indicadores são significativos para subsidiar a tomada de decisão e ampliar as possibilidades de monitoramento e avaliação oportunas para que possamos intervir, se necessário, no alcance e na melhora deles.

Figura 72 - Proporção de Internações por condições sensíveis à atenção primária, no período de 2019 a 2023, no estado do Ceará



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/ SIH/ DATASUS, dados extraídos em 08/10/2023.

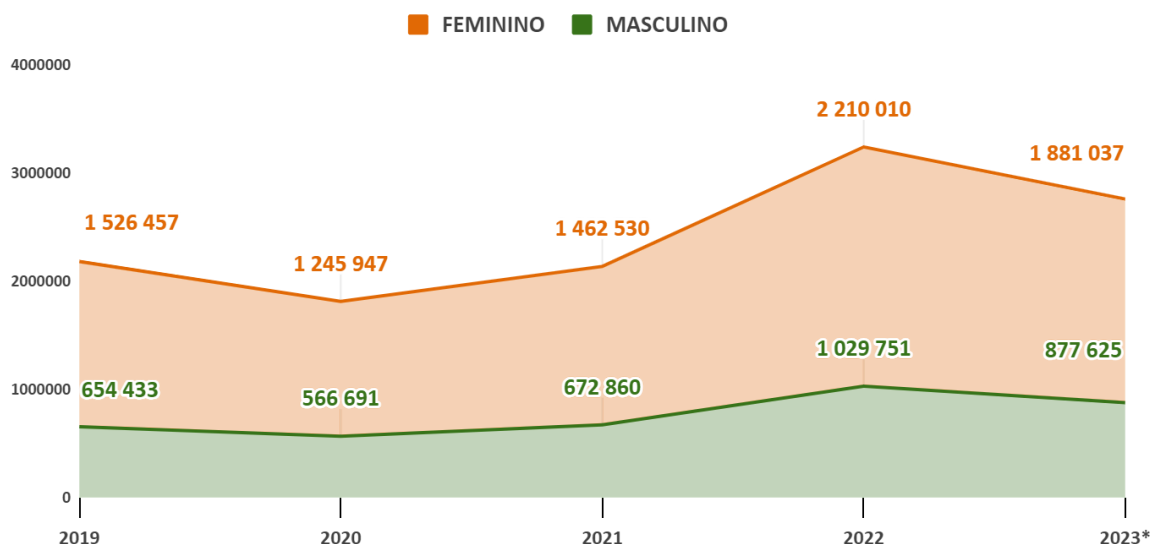
As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) cujas condições estão listadas na Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, do Ministério da Saúde, acenam-se às condições de saúde para as quais o manejo, o tratamento e as intervenções adequadas realizadas no nível da atenção primária poderiam potencialmente prevenir a internação hospitalar.

Este indicador mede a taxa das internações mais sensíveis à atenção primária na perspectiva de desenvolver e identificar a capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais, bem como subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a atenção primária.

Observa-se, no gráfico acima, uma discreta diminuição entre os anos de 2019 e 2023, mas preocupa um leve aumento entre 2022 e 2023, o que acende um alerta para a resolutividade das ações e o cuidado das equipes de saúde da família e de atenção primária.

Esse indicador merece atenção, pois, a redução apresentada não necessariamente reflete melhoria no acompanhamento dos casos nos serviços de atenção primária.

Figura 73 - Número de Problema/Condição Avaliada Hipertensão Arterial, no período de 2019 a julho 2023, no Estado do Ceará



Fonte: e-GESTOR AB/SISAB, disponível em: <https://sisab.saude.gov.br>. Dados extraídos em 23/10/2023.

Em se tratando de doenças cardiovasculares, temos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que segue sendo a mais frequente dessas doenças, bem como é, também, o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

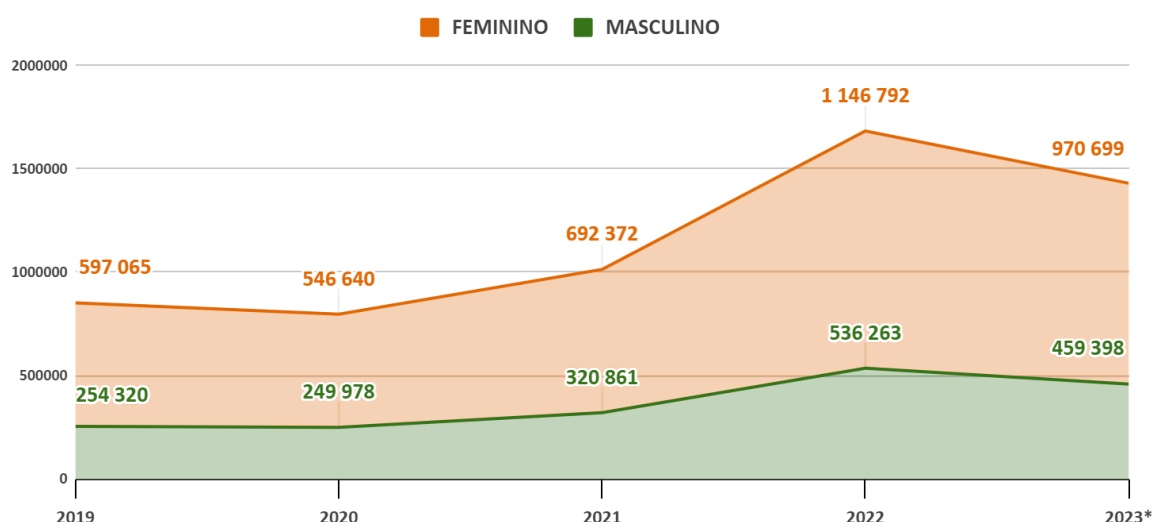
Estima-se que, aproximadamente, 46.146.397 pessoas tenham recebido diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, sendo que a grande maioria das pessoas diagnosticadas são mulheres (aproximadamente, 30.395.877) (BRASIL, 2023).

O gráfico acima aponta que, no estado do Ceará, mais de 2.758.662 tiveram seu problema/condição de Hipertensão avaliada nos serviços de atenção primária do estado do Ceará. É muito importante destacar que a condição de hipertensão arterial deve ser registrada

para as pessoas com diagnóstico confirmado de HAS e não indiscriminadamente, a partir de um valor isolado de PA elevada.

Cabe aos gestores e profissionais da saúde ficarem vigilantes, uma vez que na maior parte do seu curso a HAS é assintomática. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão, além de uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool (BRASIL, 2006).

Figura 74 - Número de Problema/Condição Avaliada Diabetes, no período de 2019 a julho 2023, no Estado do Ceará



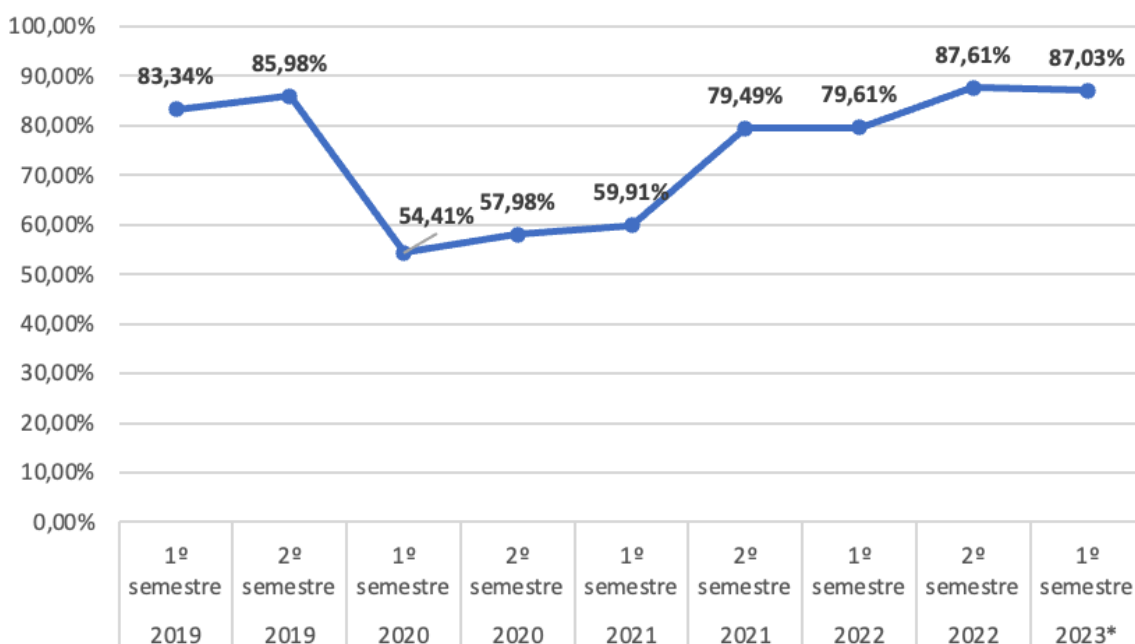
Fonte: e-GESTOR AB/SISAB, disponível em: <https://sisab.saude.gov.br>. Dados extraídos em 23/10/2023.

A Diabetes atinge, no Brasil, aproximadamente 22.067.876 de pessoas, dentre essas, 14.398.428 são mulheres. O gráfico acima aponta um aumento na condição avaliada (Diabetes) pelos serviços de saúde que, em 2023, beneficiou mais 1.430.097 cearenses (BRASIL, 2023).

Considerada como uma epidemia mundial, o Diabetes Mellitus é um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo, uma vez que as condições e os determinantes relativos ao envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade

são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (BRASIL, 2006).

Figura 75 - Percentual de cobertura de acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família com condicionalidade da saúde, no período de 2019 a 2023* no Estado do Ceará



Fonte: e-GESTOR, Disponível em: <https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>. Acesso em: 20/10/2023.

O acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família com condicionalidade da saúde é de responsabilidade de todos os municípios, cabendo ao Governo Estadual monitorar, avaliar e subsidiar os municípios para o alcance e o cuidado às famílias.

Atualmente, no Ceará, 1.732.826 beneficiários do Programa Bolsa Família devem ser acompanhados nas condicionalidades de saúde deste Programa (BRASIL, 2023). Observa-se, no gráfico acima, que houve um aumento no percentual de acompanhamento no período analisado, bem como uma queda significativa no período pandêmico (entre 2020-2021). (BRASIL, 2023).

2.3.2. Atenção Secundária (Atenção Especializada)

A Atenção Especializada é realizada por meio de um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde em ambiente ambulatorial e/ou hospitalar, delineada pela incorporação de processos de trabalho que precisam de um aparato tecnológico maior, ofertada preferencialmente de forma hierarquizada e regionalizada, com economia de escala que assegure a qualidade da atenção prestada com uma boa relação custo/benefício. Esses serviços da atenção especializada visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que implicam na integralidade e cuidado contínuo.

Compreende o atendimento de urgência e emergência; atenção hospitalar, domiciliar e a segurança do paciente, proporcionando à população um acesso qualificado e em tempo oportuno, porém, pela insuficiência de oferta, possui alguns “vazios assistenciais”, implicando em demanda excessiva pelas ações especializadas, fato que acaba se configurando como um gargalo do SUS, visto que dificulta o acesso ao sistema.

A Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde tem a função de promover o ordenamento dos serviços especializados em saúde, oferecendo à população acesso qualificado e em tempo oportuno, oferecendo tecnologias que permitem apoio à Atenção Primária à Saúde (APS) na elucidação diagnóstica, definição de condutas e manutenção dos tratamentos. O acesso do usuário aos serviços de atenção especializada ambulatorial inicia-se na APS com a inserção da solicitação no sistema de regulação local.

Dentre os serviços ofertados está a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h). Trata-se de serviço de média complexidade que realiza o atendimento de pacientes em quadros agudizados de natureza clínica, cirúrgica e/ou traumatológica. Visando estabilizar os pacientes, investigar o diagnóstico inicial de modo a definir a conduta para cada caso e, quando necessário, garantir a referência para outros pontos da rede de acordo com a necessidade. As UPA 24h construídas, equipadas e qualificadas pelo Ministério da Saúde, contam com recurso

de custeio mensal que varia a depender do porte e opção de custeio de cada UPA.

A Atenção ambulatorial do Estado está disposta de forma regionalizada, organizada no modelo de gestão dos consórcios públicos de saúde em que o custeio da unidade é rateado entre os municípios da região de saúde e o Estado.

2.3.2.1. Consórcios Públicos de Saúde

Os Consórcios Públicos de Saúde consistem na união entre dois ou mais entes da federação, sem fins lucrativos, com a finalidade de prestar serviços e desenvolver ações conjuntas que visem o interesse coletivo e benefícios públicos. Constitui-se numa associação pública, com personalidade jurídica de direito público e de natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos. (Art. 2º, I, do Dec. 6.017/07).

Os Consórcios são instrumentos de suporte ao fortalecimento da gestão, de forma descentralizada, no apoio à organização e prestação de serviços públicos de maior complexidade ampliando sua oferta, com maior resolubilidade e qualidade.

O Estado dispõe de cinquenta e duas unidades de Atenção Ambulatorial, sendo 22 Policlínicas, 25 Centros de Especialidades Odontológicas e 5 unidades ambulatoriais.

As Policlínicas são unidades especializadas de apoio diagnóstico, com serviços de consultas clínicas com médicos de diferentes especialidades, que são definidas com base no perfil epidemiológico da população de cada região. Visam ampliar o acesso ambulatorial às diversas especialidades médicas. Oferecem exames gráficos e de imagem com fins diagnósticos e, em alguns casos, realizam pequenos procedimentos. Isso garante mais resolutividade nos cuidados básicos com a saúde, e evita que pacientes precisem se dirigir aos hospitais com casos que podem ser solucionados ambulatorialmente.

A rede de assistência à saúde no Ceará, além de crescer no Interior e na Capital, trouxe inovações na oferta de serviços. Atualmente, são 22 policlínicas que atendem às cinco Regiões de Saúde do Estado (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são unidades de referência para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) e ofertam, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos que são realizados na Atenção Primária. Nos CEOs são ofertados serviços nas mais diversas especialidades, tais como: endodontia (canal), prótese, cirurgia, estomatologia (diagnóstico de câncer de boca e biópsias em geral), odontopediatria, periodontia, atendimento para pacientes com necessidades especiais, dentre outros.

Quadro 3 - Relação dos Consórcios Públicos de Saúde do Ceará

REGIÃO DE FORTALEZA					
CONSÓRCIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	NATUREZA JURÍDICA	ÁREA DE ATUAÇÃO
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE CAUCAIA (CISVALE)	Policlínica Regional Dr. José Corrêa Sales	7398204	12.768.835/0001-75	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R Caucaia Dr. Danilo Dalmo da Rocha Corrêa	6714293	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R São Gonçalo do Amarante Raimundo Fialho	7124279	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE BATURITÉ	Policlínica Regional Dr. Clóvis Amora Vasconcelos	6697518	11.490.043/0001-19	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R Dr. José Marcelo de Holanda	6405258	11.490.043/0001-19	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE MARACANAÚ	Policlínica Regional Senador Almir Pinto	0978949	12.940.254/0001-79	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R Neusa Prado Gondim de Oliveira	6714307	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE ITAPIPOCA	Policlínica Regional Dr. Francisco Pinheiro Alves	7057083	12.939.977/0001-58	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R Dr. Hugues Pessoa Amorim	6714250	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE CASCAVEL	Policlínica Regional <i>Dra. Márcia Moreira de Meneses</i>	6956963	12.850.235/0001-1	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R <i>Dr. Francisco Mansueto de Sousa</i>	6714137	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade

REGIÃO DO CARIRI					
CONSÓRCIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	NATUREZA JURÍDICA	ÁREA DE ATUAÇÃO
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE IGUATU	Policlínica Regional <i>Manoel Carlos de Gouveia</i>	7420501	14.770.466/0001-80	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R	2675609	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE ICÓ	Policlínica Regional <i>Dr Sebastião Limeira Guedes</i>	7376928	13.044.206/0001-65	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R	6714153	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE CRATO	Policlínica Regional (Crato)	0310921	11.552.755/0001-15	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	Policlínica Regional <i>Barbara Pereira De Alencar</i> (Campos Sales)	7284284	11.552.755/0001-15	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R	6376878	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE JUAZEIRO DO NORTE	Policlínica Regional <i>João Pereira dos Santos</i> (Barbalha)	7403224	11.436.747/0001-03	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R	6405223	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade

CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE BREJO SANTO	Policlínica Regional José Gilvan Leite Sampaio (Brejo Santo)	7072341	12.987.708/0001-67	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R	6714277	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade

REGIÃO NORTE					
CONSÓRCIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	NATUREZA JURÍDICA	ÁREA DE ATUAÇÃO
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE ACARAÚ	Policlínica Regional Dr. Plácido Marinho de Andrade	7262698	11.795.563/0001-30	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R Dr Nestor de Paula Ribeiro Pessoa	6405266	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE CRATEÚS	Policlínica Regional Raimundo Soares Resende	7469683	13.427.383/0001-20	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R Dr Sílvia Geraldo Figueiredo Frota	6714161	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DA IBIAPABA	Policlínica Regional Dr. Francisco Edvaldo Coelho Moita	7386257	11.210.107/0001-80	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R Dr. Antenor Isaías de Andrade	3249050	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE SOBRAL	Policlínica Regional Bernardo Felix da Silva	7051123	12.208.466/0001-66	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R	6405207	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE CAMOCIM	Policlínica Regional Coronel Libório Gomes da Silva	6778798	12.609.221/0001-40	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R José Hindenburg Sabino Aguiar	6714285	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade

REGIÃO SERTÃO CENTRAL					
CONSÓRCIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	NATUREZA JURÍDICA	ÁREA DE ATUAÇÃO
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE QUIXADÁ	Policlínica Regional Francisco Carlos Cavalcante Roque	7405529	14.530.768/0001-81	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R Dr. José Felício Filho	6714102	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE CANINDÉ	Policlínica Regional Frei Lucas Dolle	0951021	13.179.412/0001-82	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R Francisco Alberto Martins	6714145	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE TAUÁ	Policlínica Regional Dr. Frutuoso Gomes de Freitas	6632513	12.116.566/0001-62	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R Elizabete Gonçalves Rego	5091330	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade

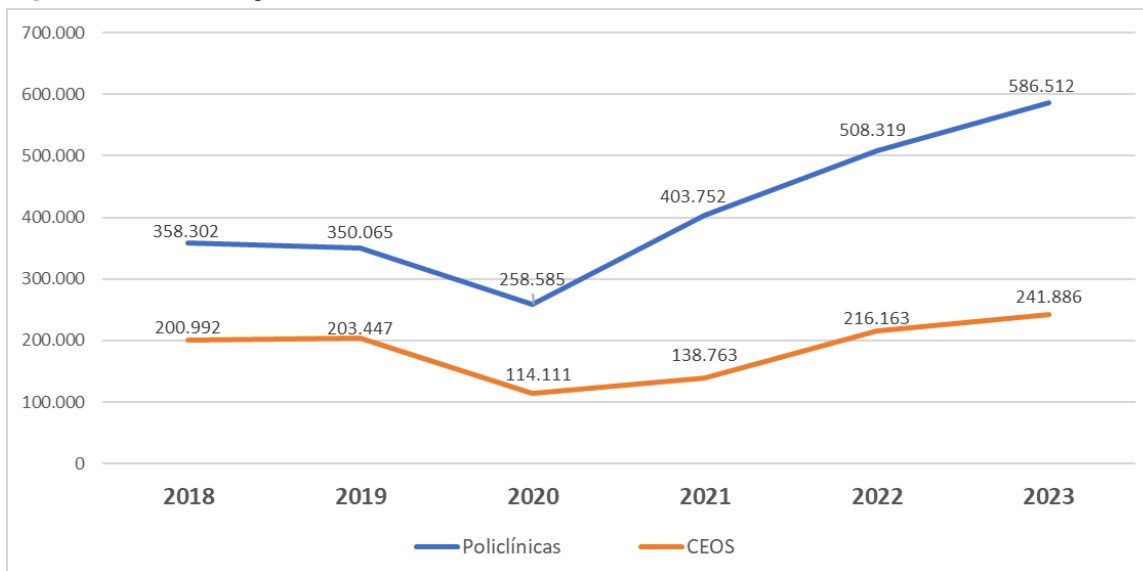
REGIÃO LITORAL LESTE/JAGUARIBE					
CONSÓRCIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	NATUREZA JURÍDICA	ÁREA DE ATUAÇÃO
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE ARACATI	Policlínica Regional Dr. José Hamilton Saraiva Barbosa	7044674	12.986.520/0001-02	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R Dr. Edilberto Cavalcante Porto	3668584	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE RUSSAS	Policlínica Regional Dr. José Martins de Santiago	7320418	11.487.835/0001-34	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R Dr. Raimundo Xavier de Araújo	6405231	11.487.835/0001-34	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade

REGIÃO LITORAL LESTE/JAGUARIBE					
CONSÓRCIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	NATUREZA JURÍDICA	ÁREA DE ATUAÇÃO
CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE LIMOEIRO DO NORTE	Policlínica Regional <i>Judite Chaves Saraiva</i>	7382626	13.328.683/0001-52	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade
	CEO-R <i>Dr. João Eduardo Neto</i>	6714129	07.954.571/0001-04	Administração Pública	Ambulatorial - Média Complexidade

2.3.2.1.1. Produção das Unidades Consorciadas, ano 2022

Considerando dados informados, as policlínicas sob gestão dos consórcios, apresentaram um aumento no número de consultas realizadas de 63,7% no período mencionado (2018-2023). Já os CEOS Regionais apresentaram um percentual de desempenho menor, porém relevante, alcançando 20,3%. Cabe ressaltar que os dados de 2023 são parciais, com fechamento em outubro deste ano.

Figura 76 - Produção das Unidades Consorciadas, 2018 a 2023



Fonte: <https://integrasus.saude.ce.gov.br/>. Data da consulta: 26.11.2023.

2.3.3. Atenção Terciária (Alta Complexidade)

A Atenção Terciária do Estado do Ceará conta com 13 hospitais em sua rede própria, sendo 07 unidades de gestão direta, 06 unidades de gestão por Organização Social de Saúde (OSS), dispostos da seguinte forma:

Quadro 4 - Rede Hospitalar do Estado

MUNICÍPIO	HOSPITAL	TIPO DE HOSPITAL
UNIDADES HOSPITALARES - REDE SESA		
Fortaleza	Hospital Geral de Fortaleza (HGF)	Hospital Geral
	Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS)	Hospital Especializado - Pediatria
	Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC)	Hospital Geral
	Hospital São José (HSJ)	Hospital Geral
	Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA)	Hospital Geral
	Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM)	Hospital Especializado - Psiquiatria
	Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM)	Hospital Especializado - Cardiologia
GESTÃO OSS		
Fortaleza	Hospital Estadual Leonardo da Vinci (HELV)	Hospital Geral
	Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara (HGWA)	Hospital Geral
Sobral	Hospital Regional Norte (HRN)	Hospital Geral
Juazeiro do Norte	Hospital Regional do Cariri (HRC)	Hospital Geral
Quixeramobim	Hospital Regional do Sertão Central (HRSC)	Hospital Geral
Limoeiro do Norte	Hospital Regional Vale do Jaguaribe (HRVJ)	Hospital Geral

2.3.3.1. Regionalização da Atenção Terciária

Região de saúde de Fortaleza

A região concentra a maioria dos hospitais do estado, sendo 7 (sete) hospitais geridos diretamente pela SESA e 2 hospitais geridos por uma Organização Social (Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar), ambos localizados no município de Fortaleza e funcionando como referência para todo o Estado.

Conforme o Ministério da Saúde, a atenção terciária ou de alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Nesse sentido, a Região de Saúde de Fortaleza concentra 6 hospitais de nível terciário que oferecem tais serviços especializados, a saber: Hospital Geral de Fortaleza (HGF); Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), Hospital Infantil Albert Sabin (Hias), Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), Hospital de Messejana Dr. Alberto Studart Gomes (HM) e Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSMM).

O Hospital Geral de Fortaleza com o quantitativo de 541 leitos, realizando em média 600 cirurgias eletivas, 210 mil exames laboratoriais e 8 mil exames de imagem sendo o maior hospital público da rede estadual, referência em procedimentos de alta complexidade como transplantes e neurocirurgias, prestando assistência em AVC (Acidente Vascular Cerebral) e outras patologias neurológicas, ortopedia, obstetrícia de alto risco e tratamentos clínicos especializadas.

O Hospital Geral Dr. César Cals dispõe de 297 leitos e é caracterizado como um 233 hospital geral, contudo desponta como importante centro de referência materno e neonatal contando com emergência obstétrica que atende os municípios de toda a região.

No âmbito da pediatria, o Hospital Infantil Albert Sabin dispõe de 310 leitos, sendo 306 de internação, 4 do Hospital Dia e 41 de UTIs. é o único hospital infantil terciário do Estado sendo referência no atendimento a crianças e adolescentes com doenças graves e de alta complexidade.

O Hospital São José é referência estadual para doenças infecciosas, como HIV/AIDS, suas coinfeções e doenças tropicais, dispõe de 108 leitos para internação de pacientes adultos, sendo 8 leitos destinados à terapia intensiva.

O Hospital de Messejana Dr. Alberto Studart Gomes caracterizado como um hospital especializado em cardiologia e pneumologia, além de ser referência em transplante cardíaco, possui atualmente 437 leitos de internação, sendo: - 332 leitos de enfermaria adulto; 68 leitos de UTI adulto; 20 leitos de enfermaria pediátrica e 17 leitos de UTI Pediátrica.

O Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSMM) é especializado no tratamento de transtornos mentais graves, possui serviço ambulatorial, de internações em enfermarias e de pronto atendimento, sendo a única emergência psiquiátrica do Ceará.

Sob gestão da OS - Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) temos o Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara (HGWA), fundado 2002 com a finalidade de prestar serviços de saúde de qualidade em nível secundário aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), referenciados por hospitais públicos terciários do Ceará, com a visão de futuro de consolidar um modelo de gestão hospitalar inovador e pioneiro, tornando-se referencial de excelência na prestação de serviços de saúde no Brasil.

Atualmente, o HGWA presta serviços de saúde em média e alta complexidade aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), referenciados pelas Centrais de Regulação do Estado do Ceará. O perfil dos pacientes é composto, predominantemente, por idosos, em especial nas Unidades de Cuidados Especiais, AVC subagudo e Clínica Médica. Nas três unidades, os pacientes têm idade superior a 70 anos. Entre as principais patologias estão o AVC e infecções respiratórias.

Outra unidade gerida pelo ISGH é o Hospital Estadual Leonardo da Vinci (HELV), no qual iniciou suas atividades em 2020, sendo referência para o enfrentamento do novo coronavírus. Assim, até setembro de 2020, a unidade contava com leitos exclusivos para o atendimento a pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de COVID-19.

Atualmente, com 235 leitos, sendo 59 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 176 de enfermaria divididos em Clínica Médica (94 leitos) e Clínica Cirúrgica (82 leitos). O Helv, após o período de atendimento exclusivo ao paciente COVID-19, vem a cada dia se tornando referência no atendimento à rede para Cirurgias Eletivas do Estado, inclusive participando do Programa Nacional de Redução de Fila, oferecendo cirurgias eletivas para adultos nas especialidades de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia (contemplada no Programa Nacional) e Otorrinolaringologia (adulto e pediátrico). O Helv dispõe de atendimento ambulatorial e internação hospitalar com assistência a pacientes no perioperatório nas especialidades ofertadas em Clínica Cirúrgica.

Além disso, a unidade oferece internação hospitalar adulto em Clínica Médica para tratamento clínico assim como internação em Terapia Intensiva adulto, com assistência multiprofissional (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição) e apoio diagnóstico, funcionando como um hospital de retaguarda para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais da rede Estadual. O Serviço de Apoio Diagnóstico dispõe dos seguintes exames: radiologia geral, ultrassonografia geral e intervencionista, tomografia computadorizada, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, broncoscopia, eletrocardiografia, ecocardiografia, audiologia clínica e exames laboratoriais (bioquímica, hematologia, imunologia, microbiologia, uroanálise, análise histopatológica e anatomopatológica).

O HELV não possui serviço de emergência e os pacientes atendidos na unidade são regulados de acordo com o perfil sendo encaminhados através da Central de Regulação do Estado.

Assim, o HELV apresenta-se como instituição que busca prover a assistência, ensino e pesquisa através do cuidado excelente, inovador, integrado a Rede de Saúde do Estado do Ceará.

Região de saúde de Sobral

O Hospital Regional Norte (HRN), localizado no município de Sobral, é o maior hospital do interior da Região Nordeste, com mais de 54 mil m² de área construída, sendo responsável por atender uma

população estimada em 1,6 milhão de pessoas, dos 55 municípios integrantes da macrorregião Norte do Estado.

O HRN presta serviços de saúde em alta complexidade aos usuários do SUS, tendo como porta de entrada os serviços de urgência e emergência ou aqueles referenciados pelas Centrais de Regulação. É referência em pediatria, cirurgias torácicas, cirurgias vasculares e otorrinolaringologia, possibilitando o atendimento integral das necessidades dos pacientes internados.

No ano de 2020, em virtude da pandemia do novo coronavírus, durante o ano, foram implantados leitos clínicos e de UTI exclusivos para o atendimento a pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de COVID-19.

Em setembro de 2021, foi realizada a ampliação de 10 leitos de UTI Adulto. Já no ano de 2022, em abril, foi realizada a ampliação de 10 leitos de UTI Adulto e 10 leitos de Clínica Pediátrica, no mês de outubro, foi realizada a inauguração de 20 leitos de AVC e ampliação de 3 leitos de Clínica Cirúrgica, e ainda esse ano, está prevista a ampliação de 12 leitos de obstetrícia.

Região de saúde do Cariri

O Hospital Regional do Cariri (HRC) presta serviços de saúde, em alta complexidade aos usuários do SUS, tendo como porta de entrada os serviços de urgência e emergência ou aqueles referenciados pelas Centrais de Regulação. Referência para as cinco microrregiões 17ª CRES - Icó, 18ª CRES - Iguatu, 19ª CRES - Brejo Santo, 20ª CRES - Crato e 21ª CRES - Juazeiro do Norte, o HRC possui uma abrangência de atendimentos para quase um milhão e meio de habitantes oriundos dos 45 municípios da macrorregião do Cariri.

A unidade HRC tem como principal característica o atendimento às urgências e emergências de média e alta complexidade voltadas, principalmente, para o traumatismo do eixo adulto e ao atendimento do AVC isquêmico em sua fase aguda. Por necessidade de garantia da integralidade deste perfil, conta com serviços às demais intercorrências cirúrgicas (Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Cirurgia Vascular e Buco-maxilo), assim como possui atendimento clínico de retaguarda para as 235 intercorrências cirúrgicas e para as emergências advindas

da demanda espontânea do pronto atendimento, cujo possui porta-aberta. Conta ainda com um parque tecnológico composto por tomógrafo, ressonância magnética, ultrassonografia, endoscopia e raio-x, como complementação ao atendimento dos pacientes internados, assim como é ofertado para a rede, mediante agendamento prévio da Central de Regulação do Estado.

Região de Saúde do Sertão Central

O Hospital Regional do Sertão Central (HRSC) é o terceiro hospital regional no interior do Estado do Ceará, localizado na cidade de Quixeramobim, o hospital foi projetado para atender e beneficiar cerca de 630 mil habitantes dos 20 (vinte) municípios que compõem a região - Aiuaba, Arneiroz, Banabuiú, Boa Viagem, Canindé, Caridade, Choró, Ibaretama, Ibicuitinga, Itatira, Madalena, Milhã, Parambu, Paramoti, Pedra Branca, Quixadá, Quixeramobim, Senador Pompeu, Solonópole e Tauá.

O HRSC presta serviços de saúde, em média e alta complexidade aos usuários do SUS, referenciados pelas Centrais de Regulação do Estado do Ceará. A unidade hospitalar já é referência em atendimento e qualidade. Em virtude da pandemia do novo coronavírus, durante o ano de 2020, foram implantados leitos clínicos e de UTI exclusivos para o atendimento a pacientes com suspeita e/ou diagnóstico de COVID-19. Além disso, foram ampliados 25 leitos de Clínica Obstétrica e 05 leitos no Centro de Parto Normal.

Região de saúde do Litoral Leste Jaguaribe

A Região do Litoral Leste Jaguaribe se destaca com os maiores vazios assistenciais de média e alta complexidade do Estado. O Hospital Regional Vale do Jaguaribe (HRVJ) veio para apoiar o planejamento eficiente das ações de saúde a serem desenvolvidas e ofertar a cobertura necessária, alcançando as pactuações estabelecidas para a Região de Saúde, sendo concebido para assegurar a alta complexidade, tratamento intensivo, os serviços de urgências clínicas e 236 cirúrgicas, traumatologia e ortopedia proveniente de traumas nas 24 horas, aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

O HRVJ foi construído às margens BR-116, no entroncamento entre Limoeiro do Norte, Russas e Morada Nova. A localização é estratégica e tem o objetivo de descentralizar a rede de saúde e permitir o acesso da população aos serviços especializados, reduzindo a necessidade de deslocamento para a capital e garantindo resolutividade, qualidade e alto padrão tecnológico no atendimento local.

O referido hospital beneficia diretamente 549.789 habitantes correspondendo aproximadamente a 6% da população do estado, abrangendo os municípios de Alto Santo, Aracati, Ererê, Fortim, Icapuí, Iracema, Itaiçaba, Jaguaretama, Jaguaruana, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Morada Nova, Palhano, Pereiro, Potiretama, Quixeré, Russas, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte. Estando sob gestão do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar – ISGH, o HRVJ ampliou, gradativamente, sua oferta de serviços desde a inauguração, em novembro de 2021.

Atualmente o HRVJ presta serviços de saúde em média e alta complexidade aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, 24hs por dia, referenciados pelos municípios e regulados pelas Centrais de Regulação do Estado do Ceará para os serviços, a saber: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Clínica Psiquiátrica e UTI geral adulto, ofertando todo tratamento medicamentoso requerido durante o processo de internação, com Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico que seja necessário (exames laboratoriais, ultrassom, tomografia, ressonância magnética, radiologia, eletrocardiograma, fisioterapia, hemodiálise, ecocardiograma com doppler, hemodinâmica, fonoaudiologia, psicologia e hemotransfusão). A capacidade operacional da unidade HRVJ é de 22 leitos de Clínica Médica, 30 leitos de Clínica Cirúrgica, 08 leitos de Clínica Psiquiátrica e 10 leitos de UTI.

2.3.4. Redes Temáticas de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se em diferentes arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que por meio de um sistema de simples apoio busca garantir a integralidade do cuidado.

A estrutura operacional das RAS expressa alguns componentes principais: centro de comunicação (Atenção Primária à Saúde); pontos de atenção (secundária e terciária); sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde); sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde).

As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Uma de suas principais características é formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação.

Para assegurar resolutividade das redes de atenção à saúde, alguns fundamentos precisam ser considerados:

- Economia de Escala;
- Qualidade;
- Suficiência;
- Acesso;
- Disponibilidade de Recursos;
- Integração Vertical e Horizontal;
- Processos de Substituição;
- Região de Saúde ou Abrangência;
- Níveis de atenção.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279/10, estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As redes estabelecidas na portaria dividem-se em: Rede Cegonha, estabelecida por meio da Portaria nº 1.459/11; Rede de Urgência e Emergência (RUE), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.600/11; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 3.088/11, para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 793/12; e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas,

pela Portaria GM/MS nº 438/14 e a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast, pela Portaria GM//MS nº 1679/2002.

2.3.4.1. Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil (Rede Cegonha)

As Metas de Desenvolvimento do Milênio, instituídas pelas Nações Unidas no ano 2000, incluíram a saúde materna com a proposta de reduzir 75% da taxa de mortalidade materna e garantir o acesso universal à saúde reprodutiva até 2015 (BRASIL, 2018).

A Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil no Ceará está organizada nas cinco Regiões de Saúde (RS) e suas ações são definidas por meio de pactuação entre os entes federativos nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Estadual (CIB), cujo financiamento se dá entre os três níveis de gestão, ou seja, municipal, estadual e federal, com transferência de recursos para os Fundos de Saúde.

Segundo a Portaria MS/GM 1459/2011 a Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil tem como objetivo de assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso a cuidado seguro, de qualidade e humanizada, no pré natal, na gravidez, na perda gestacional, parto e no puerpério e ao RN e a criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável. Entre seus componentes estão o Pré-natal, Parto e nascimento, Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional. A União, Estados e Municípios são responsáveis pela operacionalização.

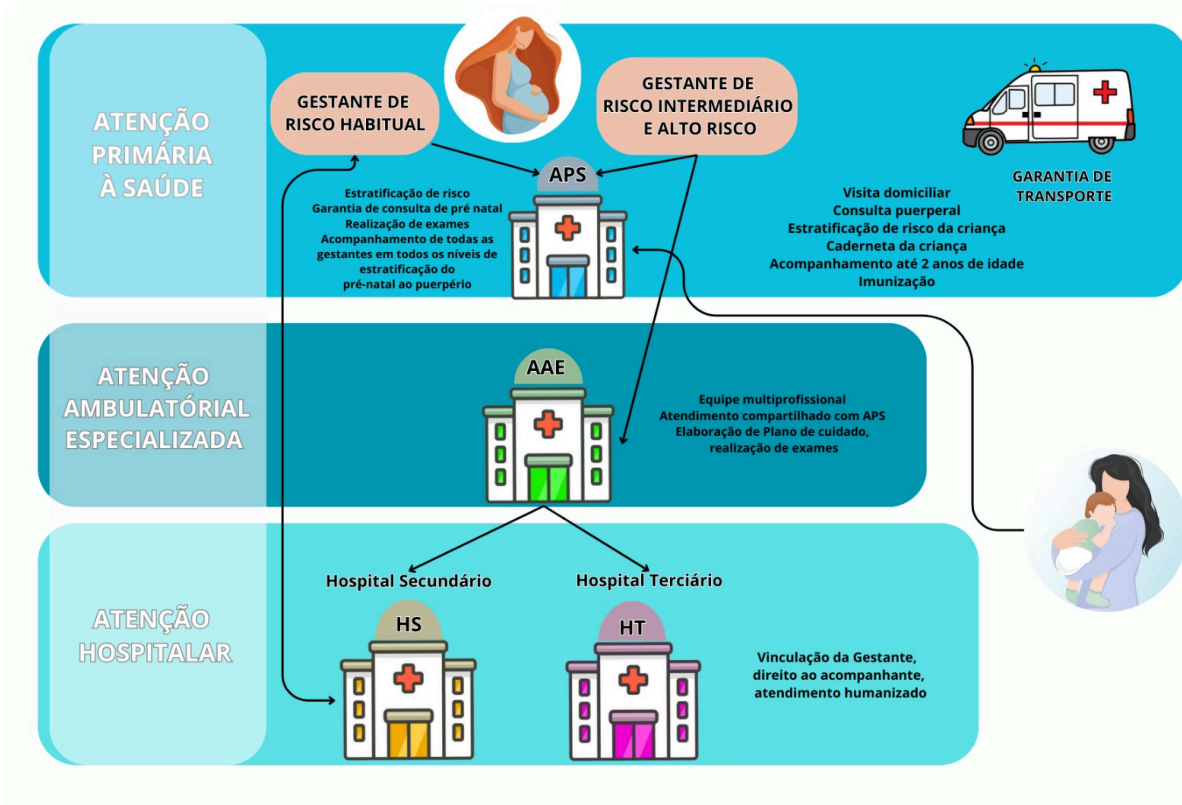
Diante disso, o Estado do Ceará apresenta como prioridade nos Planos de Saúde Regionais 2023-2027, construídos ascendentemente e nos territórios, a Rede Materno Infantil, trazendo como necessidade o fortalecimento do atendimento à gestante na atenção primária, a ampliação da rede assistencial para a realização do Pré-natal de alto risco, habilitação e descentralização de leitos GAR II para o Hospital

Regional Região do Vale do Jaguaribe e habilitações UTIN, UCINCO e UCINCA para todas as regiões de saúde.

Segundo a portaria 650/2011 do Ministério da saúde, o cálculo da estimativa das gestantes em determinado território do ano é calculada pelo número de nascidos vivos no ano anterior mais 10%. No Ceará, em 2022 nasceram 112.280 crianças. A estimativa de gestantes no Estado do Ceará para o ano de 2023 é aproximadamente de 123.508, das quais 85% será de risco habitual e 15% de alto risco. Ressalta-se que 90% do total de gestantes do Estado são dependentes direta ou indiretamente do SUS

Os pontos de atenção da Rede Materno Infantil são os locais onde acontece a assistência à população e diferem entre si pela população assistida e de acordo com a complexidade do cuidado.

Figura 77 - Fluxo de vinculação para assistência materno infantil.



O encaminhamento ao pré-natal de alto risco será realizado preferencialmente pela atenção primária para o serviço de atenção ambulatorial especializada. O Ceará possui atualmente vinte e duas

policlínicas estaduais que realizam o atendimento ambulatorial a gestantes de alto risco.

Segundo a Portaria da Rede Cegonha os serviços Hospitalares de referência para gestantes de risco habitual são os Centros de parto normal (CPN) e para gestantes de alto risco os Leitos “GAR”. Os quadros abaixo mostram a Rede Assistencial Hospitalar habilitada para atender a gestante.

Quadros com os Hospitais habilitados existentes da Rede Materno Infantil do Ceará.

Quadro 5 - Rede Assistencial Hospitalar habilitada para atender a gestante.

Habilitações - ATENÇÃO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO TIPO II (GAR II)				
CEARÁ				
UF	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Município
CE	2499363	HGCC HOSPITAL GERAL DR CÉSAR CALS	74	FORTALEZA
CE	2497654	HGF HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA	28	FORTALEZA
CE	2328399	HOSPITAL E MATERNIDADE JESUS MARIA JOSÉ HMJM	1	QUIXADÁ
CE	2564211	HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO HMSVP	1	BARBALHA
CE	2481286	MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND	1	FORTALEZA
CE	3021114	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL	15	SOBRAL

Fonte: CNES, 2023.

Habilitações - REFERÊNCIA HOSPITALAR EM ATENDIMENTO TERCIÁRIO A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO				
CEARÁ				
UF	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Município
CE	2499363	HGCC HOSPITAL GERAL DR CÉSAR CALS		FORTALEZA

Fonte: CNES, 2023.

Habilitações - UNIDADE DE CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA-HOSPITALAR TIPO I 3 PPP (CPNI I 3 PPP)				
CEARÁ				
UF	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Município
CE	2328046	HOSPITAL DR ALBERTO FEITOSA LIMA		TAUÁ

Fonte: CNES, 2023.

Habilitações - UNIDADE DE CENTRO DE PARTO NORMAL PERI-HOSPITALAR 5 PPP				
CEARÁ				
UF	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Município
CE	2675560	HOSPITAL REGIONAL DE IGUAU	1	IGUAU

Fonte: CNES, 2023.

Habilitações - CASA DA GESTANTE, BEBE E PUÉRPERA				
CEARÁ				
UF	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Município
CE	2328399	HOSPITAL E MATERNIDADE JESUS MARIA JOSÉ HMJM		QUIXADÁ
CE	2481286	MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND		FORTALEZA
CE	3021114	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL		SOBRAL

Fonte: CNES, 2023.

Habilitações - UNIDADE DE CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA-HOSPITALAR TIPO II 3 PPP (CPNI II 3 PPP)				
CEARÁ				
UF	CNES	Estabelecimento	Leitos SUS	Município
CE	2514710	HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DAS GRACAS		CASCADEL
CE	2373009	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA LUISA DE MARILLAC		ARACATI
CE	2560852	HOSPITAL MATERNIDADE MADALENA NUNES		TIANGUÁ
CE	2806215	HOSPITAL MUNICIPAL DR JOÃO ELÍSIO DE HOLANDA		MARACANAÚ
CE	2481073	HOSPITAL SAO LUCAS		CRATEÚS
CE	2527707	HOSPITAL SAO RAIMUNDO		LIMOEIRO DO NORTE
CE	2481286	MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND		FORTALEZA

Fonte: CNES, 2023.

Segundo a portaria N° 1.153, de 22 de maio de 2014 a IHAC é uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher. No Estado do Ceará trinta e um Hospitais são habilitados como Amigo da Criança e se destacam por atenderem os dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno, cumprir a Lei n° 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL), garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de

saúde ter normas e rotinas escritas a respeito. O quadro abaixo mostra os hospitais habilitados na IHAC:

Quadro 6 - Hospitais habilitados na IHAC

Habilitações - HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA-1404			
CEARÁ			
UF	CNES	Estabelecimento	Município
CE	2499363	HGCC HOSPITAL GERAL DR CÉSAR CALS	FORTALEZA
CE	2497654	HGF HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA	FORTALEZA
CE	2427125	HOSP GERAL LUIZA ALCÂNTARA SILVA	SÃO GONÇALO DO AMARANTE
CE	2562154	HOSP MATERN JOÃO FERREIRA GOMES	ITAPAGE
CE	2611686	HOSPITAL CURA DARS	FORTALEZA
CE	2724308	HOSPITAL E MATERNIDADE ESTER CAVALCANTE ASSUNÇÃO	ITAITINGA
CE	2328399	HOSPITAL E MATERNIDADE JESUS MARIA JOSÉ HMJM	QUIXADÁ
CE	2333716	HOSPITAL E MATERNIDADE JOSE PINTO DO CARMO	BATURITÉ
CE	2514710	HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	CASCADEL
CE	2527413	HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SAO FRANCISCO	CANINDÉ
CE	2552086	HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO	ITAPIPOCA
CE	2564211	HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO HMSVP	BARBALHA
CE	2806215	HOSPITAL MUNICIPAL DR JOÃO ELÍSIO DE HOLANDA	MARACANAÚ
CE	2426579	HOSPITAL MUNICIPAL ESTEVAM PONTE	SOBRAL
CE	2372819	HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR DOURADO	BEBERIBE
CE	2415623	HOSPITAL MUNICIPAL RAIMUNDA TIMBÓ CAMELO TAMBORIL	TAMBORIL
CE	2562146	HOSPITAL MUNICIPAL ROQUE SILVA MOTA	TEJUCUOCA
CE	2328380	HOSPITAL REGIONAL DR PONTES NETO	QUIXERAMOBIM
CE	3021114	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL	SOBRAL

2.3.4.2. Rede Atenção às Urgências e Emergências

A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõem, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas.

É constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar.

Sua complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas; sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica entre outras, e tem como prioridade a reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular no âmbito da atenção hospitalar e sua articulação com os demais pontos de atenção.

Os componentes da Rede de Urgência e Emergência estão organizados de forma integrada, articulada e sinérgica. Sendo indispensável a implementação da qualificação profissional, da informação, do processo de acolhimento e da regulação de acesso a todos os componentes que a constitui.

Neste contexto, segue o cenário atual dos componentes (UPA, SAMU, Sala de Estabilização e Hospitalar) da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará, conforme Portarias de Consolidação nº 03 e 06 de 28 de setembro de 2017.

Portanto, para organização e fortalecimento desta Rede foi aprovado e homologado em Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a Elaboração dos 02 (dois) Planos de Ação Regional da Redes de Atenção às Urgência, das Regiões de Saúde Sertão Central e Litoral Leste, bem como a atualização dos demais planos das Regiões de Saúde de Fortaleza, Norte, Cariri, conforme Nota Informativa nº 01/2019, que tem como objeto apresentar as orientações aos gestores públicos de saúde a respeito de informações mínimas que deverão constar nos Planos de Ação Regional e Aditivos das Redes de Atenção às Urgência.

Linhas de Cuidado Prioritárias: AVC e IAM

A Portaria MS/GM nº 2.994, de 23 de dezembro de 2011, aprova a linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio e o protocolo de síndromes coronarianas agudas, considerando a necessidade de implementar estratégias no SUS que deem conta da necessidade epidemiológica “urgente” de promover estratégias para ampliação,

agilidade e qualificação do atendimento ao usuário que necessite de cuidados ao IAM

Institui, no âmbito do SUS, o serviço de unidade de terapia intensiva coronariana ou, simplesmente, unidade coronariana (UCO). Esta unidade é dedicada ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo necessariamente dispor de infraestrutura típica de terapia intensiva, mas se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com síndrome coronariana aguda, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência.

A linha de cuidado do acidente vascular cerebral (AVC) foi instituída pela Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como centros de atendimento de urgência aos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui o respectivo incentivo financeiro para o funcionamento destes serviços. São estabelecidos na portaria dois modos de organização das unidades de atendimento ao AVC, em questão: U-AVC Agudo e U-AVC Integral, que são apresentadas mais detalhadamente a seguir:

U-AVC Agudo é a unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 5 (cinco) leitos no mesmo espaço físico, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado de pacientes acometidos pelo acidente vascular cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação) e responsável por oferecer tratamento trombolítico endovenoso. U-AVC Integral é a unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo acidente vascular cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até 15 dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, à reabilitação precoce e à investigação etiológica completa.

Na linha do cuidado do IAM, o Estado conta com o Projeto da Trombólise nas Unidades Móveis devidamente equipada, com a medicação necessária para realizar a terapia trombolítica, com objetivo

de minimizar tempo dependente entre os municípios e a unidade de referência, com apoio da Telemedicina (TELE-IAM).

Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde

Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde constituem um dos componentes de grande importância de da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com objetivo de fomentar ações de saúde e educação permanente para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e morte no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade, visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

Portanto, a Secretaria da Saúde vem participando de algumas discussões de forma intersetorial com a foco na redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, principalmente com foco no acidentes motos, desenvolvendo ações educativas através do Núcleo de Educação de Urgência do SAMU 192 Ceará, nas 05 (cinco) Regiões de Saúde.

Atenção Básica

Tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário.

SAMU 192

O SAMU 192 CE, tem com objetivo de minimizar o tempo resposta entre os vazios assistenciais e garantir o acesso da população vítima de agravo à saúde de natureza clínica, traumática, cirúrgica, gineco-obstétrica, psiquiátrica, com fluxo definido, otimização dos recursos, devidamente regulados, obedecendo os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. Portanto, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 CE, tem como estratégia agilizar os atendimentos de urgência e emergência de saúde facilitando o acesso à população e melhoria da qualidade dos serviços. Portanto, as ambulâncias do SAMU 192 são distribuídas estrategicamente, de modo a otimizar o

tempo-resposta entre os chamados da população e o encaminhamento aos serviços hospitalares de referência. A prioridade é prestar o atendimento à vítima no menor tempo possível, inclusive com o envio de médicos conforme a gravidade do caso. As unidades móveis podem ser ambulâncias, motolâncias e aeromédico conforme a disponibilidade e necessidade de cada situação, sempre no intuito de garantir a maior abrangência possível.

Neste contexto, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Estado é composto por 02 (dois) Serviços, e 04 (quatro) Centrais de Regulação das urgências, sendo um de Gestão Estadual tem sua capacidade instalada 03 Centrais de Regulação das Urgências (CRU - EUSÉBIO, CRU - JUAZEIRO DO NORTE e CRU - SOBRAL. e suas Unidades Móveis vinculadas (03 Aeromédico, 29 Unidades de Suporte Avançado, 131 Unidades de Suporte Básico e 03 Motolâncias. O outro serviço, de gestão Municipal com 01 Central de Regulação das Urgências de Fortaleza, 06 Unidades de Suporte Avançado, 19 Unidades de Suporte Básico e 04 (quatro) Motolâncias.

Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 hs

UPA 24h é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RUE.

O Estado do Ceará dispõe de 45 (quarenta e cinco) Unidades de Pronto Atendimento, distribuídas nas 05 (cinco) Regiões de Saúde.

Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar tem por finalidade estruturar e organizar o cuidado no domicílio a partir de três modalidades (AD1, AD2, AD3) definidas a partir da condição clínica, da necessidade e do uso de equipamentos e da frequência de visitas domiciliares.

A assistência prestada na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica (incluindo equipes de saúde da família e núcleos de apoio à saúde da família), por meio de visitas regulares ao domicílio, devendo ocorrer, no mínimo, uma vez por mês. Nas

modalidades AD2 e AD3, a assistência será de responsabilidade das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap) aos pacientes que necessitam de maior intensidade de cuidados, por meio de acompanhamento contínuo.

O Estado do Ceará tem 153 (cento e cinquenta e três) equipes, sendo 66 (sessenta e seis) Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) Tipo I e 28 (vinte e oito) Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) Tipo II e 59 (cinquenta e nove) Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap).

Sala de Estabilização

A Sala de Estabilização poderá estar alocada em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, em hospitais de pequeno porte (HPP) com no máximo 30 (trinta) leitos e fora da área de abrangência de UPA 24 horas, podendo também ser instalada em outras unidades, como Unidade Mista, além de HPP, desde que garantidas as condições para o seu funcionamento integral por 24 horas em todos os dias da semana, e deverão ser observadas as seguintes diretrizes: Funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, Equipe interdisciplinar compatível com suas atividades e funcionamento conforme protocolos clínicos, acolhimento, classificação de risco e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável.

No entanto, as Salas de Estabilização se constituem em pontos de atenção no sistema local de saúde na RUE e que será benéfica para a população, especialmente pela garantia de acesso adequado e em tempo oportuno dos pacientes, cujos casos outrora não conseguiam ser atendidos e resolvidos pela insuficiência da estrutura dos HPP.

Atualmente, o Estado dispõe de 48 (quarenta e oito) Salas de Estabilização distribuídas nas 05 (cinco) Regiões de Saúde.

Componente Hospitalar

A organização do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências tem o intuito de qualificar o atendimento à demanda espontânea e/ou referenciada de outros pontos de atenção

de menor complexidade no atendimento aos pacientes em situação de urgência ou emergência, garantindo retaguarda no atendimento de média a alta complexidade, ofertando procedimentos diagnósticos, leitos clínicos de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e Leitos de UTI. Reforçando a garantia do cuidado hospitalar nas linhas prioritárias: Traumatologia, Cardiovascular e Cerebrovascular.

2.3.4.3. Rede de Atenção à Pessoa com Deficiências

A criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/SAS no 1.060/2002) oportunizou a implantação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência, caracterizando-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil.

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015)

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências foi instituída pela Portaria GM/MS 793 de 24 de abril de 2012, considerando a necessidade do Sistema Único de Saúde SUS oferecer uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva em diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua, com o objetivo de iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção de incapacidades (BRASIL, 2012b).

A Saúde da Pessoa com Deficiência no SUS busca proporcionar atenção integral à saúde dessa população, desde a APS até a reabilitação, incluindo o fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando necessário. O objetivo é proteger a saúde e reabilitar as pessoas com deficiência em relação a suas capacidades funcionais, proporcionando autonomia, qualidade de vida e inclusão social.

São diretrizes da rede para as pessoas com deficiência:

- I. Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II. Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III. Enfrentamento aos estigmas e preconceitos, promovendo o respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência;
- IV. Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V. Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI. Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII. Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII. Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- IX. Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- X. Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XI. Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular;
- XII. Desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT).

A rede tem como objetivos gerais a ampliação do acesso com o acolhimento e a classificação de risco e a qualificação do atendimento às pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomias e múltiplas deficiências, temporária e permanente, progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde; e tem como objetivos específicos:

- I. Promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências;
- II. Desenvolver ações de prevenção e identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós natal, infância, adolescência e vida adulta;
- III. Ampliar a oferta e os itens de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM);
- IV. Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária, através da articulação com os órgãos de assistência social;
- V. Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI. Desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII. Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais;
- VIII. Organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- IX. Construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (Pnad) Contínua de 2022, feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), mostram que o Estado do Ceará possui aproximadamente 10,9% dos residentes cearenses com 2 anos ou mais de idade com alguma deficiência.

São pontos de apoio a A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no estado do Ceará:

Núcleos de Estimulação Precoce (NEP)

É um serviço de atenção especializada cujo objetivo é implementar serviços de estimulação de crianças com distúrbios do desenvolvimento neuropsicomotor, ou seja, com atraso no desenvolvimento, como microcefalia, crianças prematuras, com

síndrome de Down, síndrome de Edwards e paralisia cerebral. Os NEP funcionam nas 22 Policlínicas Estaduais.

Centro Especializado em Reabilitação (CER)

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado das seguintes formas: CER composto por dois serviços de reabilitação habilitados - CER II; CER composto por três serviços de reabilitação habilitados - CER III; e CER composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados- CER IV.

Atualmente o Estado tem 6 CER habilitados nas Policlínicas Estaduais, distribuídos em 3 Regiões de Saúde, sendo, 2 CER na Região de Fortaleza, 3 CER na Região do Cariri e 1 CER na Região de Sobral.

Oficinas Ortopédicas

As Oficinas Ortopédicas são serviços de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), elas devem estar articuladas e vinculadas a estabelecimento de saúde habilitado como Serviço de Reabilitação Física ao CER com serviço de reabilitação física, visando ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva.

2.3.4.4. Rede Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída por um conjunto de diferentes serviços voltados para o cuidado das pessoas com transtornos mentais e com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, assim como a seus familiares, conforme suas diferentes necessidades. A RAPS foi instituída originalmente por meio da Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, ratificada na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 e integra o Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente a RAPS Ceará é composta por 2.959 Equipes Estratégia Saúde da Família- ESF, 2.632 Unidades Básicas de Saúde-

UBS, 88 Centros de Atenção Psicossocial- CAPS Geral I, 32 CAPS Geral II, 04 CAPS Geral III, 24 CAPS AD II Álcool e outras Drogas, 06 CAPS AD III Álcool e outras Drogas, 17 CAPS infantis, 05 Unidades de Acolhimento Adulto- UAA, 02 Unidades de Acolhimento Infante Juvenil- UAI, 235 Leitos Psicossociais em Hospital Geral- HG (sendo 19 Enfermarias com 04 ou mais leitos, totalizando nestas, 190 leitos), 470 leitos em Hospital Psiquiátrico Especializado- HPE, 06 Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, 02 Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental- AMENT e 06 Consultórios na Rua. Em processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde - MS, atualmente há 375 Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária(eMulti) e 190 Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT).

A Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental- COPOM/SEAPS/SESA, tem dentre suas atribuições, articular, planejar e coordenar a formulação de políticas, diretrizes, normas e procedimentos para organização da rede de atenção psicossocial a nível estadual. Para isto, realiza ações de fortalecimento e qualificação do cuidado no âmbito da saúde mental, álcool e outras drogas, cabendo destacar a revitalização da Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias- CRIPI estadual, criação da Comissão Estadual de Desinstitucionalização e desenvolvimento em andamento do Sistema de Informações e Acompanhamento dos Pacientes de Internações Psiquiátricas (SISACIP). A proposta de plano de governo apontou o compromisso da gestão, assim como está previsto na Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ceará, de cofinanciamento estadual para os serviços regionalizados da RAPS nos territórios.

No âmbito da educação permanente dos profissionais, estão sendo desenvolvidos projetos em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará, Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde- OPAS.

A COPOM, desde o ano de 2019, tem priorizado a promoção da qualificação e capacitação dos profissionais da Rede, destacando no eixo da educação permanente, a realização do programa SMAPS CE - Cuidados em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS): avaliação,

manejo e seguimento nos territórios. O programa formado por quatro cursos (Introdutório, Básico I e II, e Avançado) contempla profissionais das cinco Regiões de Saúde. Foram capacitados, no período de 2019 - 2023, um total de 2.011 profissionais nos módulos do curso Cuidados em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS): Avaliação, Manejo e Seguimento nos Territórios, totalizando um investimento de R\$ 728.578,40. São formações com foco no matriciamento, potencializando o cuidado integral das pessoas em seu território.

Também está sendo desenvolvido um Termo de Cooperação Técnica em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS que visa fortalecer a gestão do cuidado e a governança em Saúde Mental no âmbito das Regiões de Saúde do estado do Ceará. Um terceiro projeto na área da educação permanente visa qualificar os profissionais e gestores que integram os serviços da Rede de Atenção Psicossocial e redes intersetoriais sobre os processos de trabalho em saúde mental, álcool e outras drogas nas Regiões de Saúde do Ceará, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará- ESP/CE, com expectativa de 2.100 profissionais e gestores serem qualificados.

2.3.4.5. Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

Conforme o Art.4 da Portaria GM/MS N° 483 de 1º de abril de 2014, a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem o objetivo de realizar a atenção integral à saúde em todos os pontos de atenção; assim como fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da ampliação de estratégias para promoção da saúde e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

Com o envelhecimento populacional e atual mudança do estilo de vida observa-se aumento das doenças crônicas não transmissíveis acometendo cada vez mais o público jovem, impactando no aumento da mortalidade. Vislumbrando esse cenário o Ministério da Saúde em 2011, lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) vigente até 2022 e em 2021 publicou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, vigente até 2030.

Este último plano tem como intuito a criação e o fortalecimento das políticas e programas intersetoriais, da estratégia de organização de serviços em rede, da construção de governança de processos, da produção de informações direcionadas à tomada de decisão baseada em evidências, do controle social e da inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde.

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, identificando a importância dessa Rede Temática, instituiu em seu organograma uma Coordenadoria de Redes de Atenção à Saúde e, ligada à ela, uma Célula de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis com atribuições de articular com os diversos atores, para a integração dos pontos de atenção, com foco no fortalecimento da Rede de Saúde; e prestar apoio institucional às Secretarias Municipais de Saúde no processo de qualificação e de consolidação das ações voltadas à atenção às pessoas com DCNT.

Organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Considera-se como componentes desta Rede a Atenção Primária; à Atenção Especializada, que se divide em ambulatorial especializado, hospitalar e urgência e emergência; os Sistemas de Apoio; os Sistemas Logísticos; a Regulação e Governança. Tendo cada componente deste suas respectivas competências.

Atualmente a Rede supracitada abrange as seguintes linhas de cuidado com os respectivos pontos de atenção:

Quadro 7 - Linhas de Cuidado e Pontos de Atenção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas

Linha de Cuidado	Ponto de Atenção
Linha de Cuidado para Sobrepeso e Obesidade	17 Policlínicas Estaduais que possuem as especialidades de endocrinologia e nutrição.
	2 Hospitais habilitados para realização de cirurgia bariátrica.
Linha de Cuidado em Oncologia	4 Laboratórios habilitados para exames citopatológicos do colo de útero tipo II e 31 para o tipo I Cinco (05) Serviços habilitados para Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama

Linha de Cuidado	Ponto de Atenção
	sete (07) Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero (SRC).
	Dois (02) Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)
	sete (07) Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).
Linha de Cuidado para Doença Renal Crônica	27 Estabelecimentos de saúde que realizam hemodiálise, confecção de fístula e implantação de cateter, distribuídos nas cinco regiões de saúde do Estado do Ceará.
Linha de Cuidado para Doenças do Aparelho Circulatório:	20 Policlínicas Estaduais que contam com atendimentos na especialidade de cardiologia.
	13 Hospitais habilitados para realização de cirurgias cardíacas.
Linha de Cuidado para Doenças Crônicas do Aparelho Respiratório:	04 hospitais habilitados no Estado para acompanhamentos dos casos mais complexos de Doenças Crônicas do Aparelho Respiratório.

Com a regionalização da saúde, atualmente os eixos temáticos dentro das Redes de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis estão sendo reorganizados, no processo de Planejamento de Saúde Regional (PSR).

2.3.4.6. Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast)

A Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), criada em 2002, pela Portaria GM N° 1679, de 19 de setembro de 2002, é a principal estratégia para implementação das ações de Saúde do Trabalhador (ST) em todos os níveis de atenção do SUS, de forma articulada e integrada às vigilâncias (Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e de Saúde do Trabalhador), tendo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CERESTs, equipamento de saúde de média complexidade, responsável pela retaguarda técnico-assistencial nos três níveis de atenção do SUS.

A organização da RENAST foi modificada pela Portaria 2.728 de 11 de novembro de 2009, redefinindo o papel dos CEREST'S, adequando-os às diretrizes do Pacto pela Saúde considerando que a organização da atenção integral à saúde do trabalhador se dá pela inclusão de suas ações na Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência/Emergência e Rede Hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade da atenção. (BRASIL, 2009). A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora explicita as ações a serem desenvolvidas pela rede SUS e reitera a indissociabilidade das práticas preventivas e curativas, a transversalidade das ações e seu caráter transdisciplinar em sintonia com as mudanças nos processos produtivos e com a participação dos trabalhadores como sujeitos das ações de saúde (BRASIL, 2012) o que pressupõe:

a) ações de Saúde do Trabalhador junto à atenção primária em saúde:

1. reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território;
2. reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio ocupacional no território;
3. reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbi-mortalidade) à saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território;
4. identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território;
5. inclusão, dentre as prioridades de maior vulnerabilidade em saúde do trabalhador, das seguintes situações: chefe da família desempregado ou subempregado, crianças e adolescentes trabalhando, gestantes ou nutrízes trabalhando, algum membro da família portador de algum agravo à saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio;
6. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de atenção primária em saúde;

7. suspeita e ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho;
8. notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sinan e no SIAB e, emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes;
9. subsídio à definição da rede de referência e contra referência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários;
10. articulação com as equipes técnicas e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS;
11. definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho; e
12. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da atenção primária em saúde;

b) ações de saúde do trabalhador junto à urgência e emergência:

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção às urgências e emergências, nas redes Estaduais e Municipais;
2. identificação da relação entre o trabalho e o acidente, violência ou intoxicação exógena sofridos pelo usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan e adequado registro no SIH-SUS para os casos que requererem hospitalização;

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes;
4. acompanhamento desses casos pelas equipes dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, onde houver;
5. encaminhamento para a rede de referência e contra referência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal;
6. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS;
7. harmonização dos conceitos dos eventos/agravos e unificação das fichas de notificação dos casos de acidentes de trabalho, outros acidentes e violências;
8. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção às urgências e emergências; e
9. estabelecimento de parcerias intersetoriais e referência e contra referência com as unidades de atendimento e serviços das Secretarias de Segurança Pública, Institutos Médico Legais, e setores/departamentos de trânsito e transporte;

c) ações de saúde do trabalhador junto à atenção especializada (ambulatorial e hospitalar):

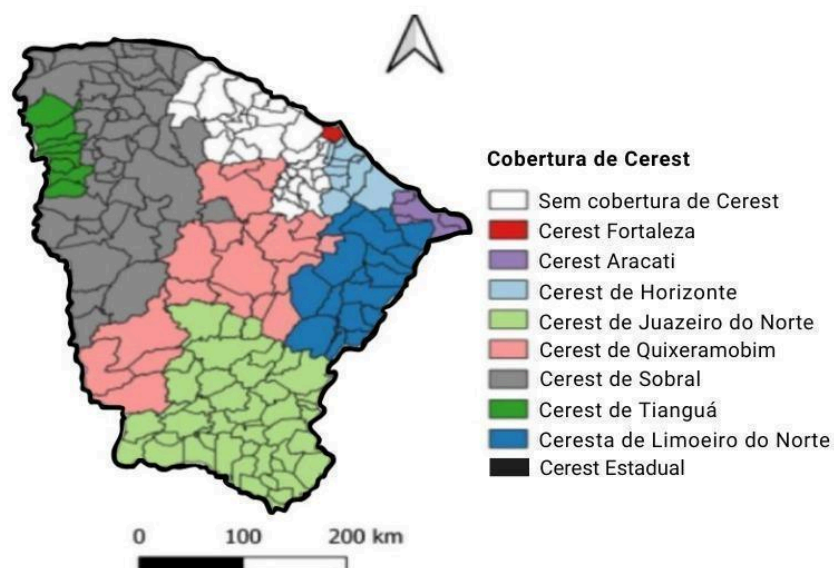
1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção especializada, nas redes estaduais e municipais;
2. suspeita ou identificação da relação entre o trabalho e o agravo à saúde do usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan;
3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes;
4. encaminhamento para a rede de referência e contra referência, para fins de continuidade do tratamento,

- acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal;
5. articulação com as equipes técnicas e os CEREST sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS; e
 6. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção especializada.

A Rede tem o objetivo de tornar evidentes as DART, na perspectiva de redução dos mesmos, através da vigilância dos processos produtivos, promoção da saúde e prevenção dos agravos, por meio da criação dos CEREST integrados ao sistema hierarquizado de atenção à saúde.

No Ceará, de acordo com a Portaria GM/MS no 2.728/2009 que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da RENAST, deveriam ser implantados 08 (oito) CEREST no Ceará e, até o ano vigente, 9 (nove) estão habilitados. No total foram implantados 9 (nove) CERESTs, sendo 7 (sete) regionais, 1 (um) municipal e 1 (um) estadual, conforme figura abaixo.

Figura 78 - Distribuição dos CERESTs no Ceará



Fonte: Sesa, 2023.

Os 9 (nove) CERESTs habilitados no Ceará, recebem do Ministério da Saúde o custeio para manutenção do serviço no Bloco de Gestão do SUS, Programa Saúde do Trabalhador – 10.302.1220.8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, os quais são incorporados ao Teto Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, nos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, de acordo preconiza a Portaria no 1.367, de 3 de julho de 2014. Os repasses mensais são: I - Municipais e regionais, sob gestão estadual ou municipal, R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) mensais; e II - Estaduais, R \$40.000,00 (quarenta mil reais) mensais.

A atuação dos CERESTs como retaguarda técnica deve compreender que a vigilância em saúde é norteadora do modelo de atenção à saúde, cujas intervenções devem ser voltadas à redução do risco de doença e de outros agravos e garantia da promoção, da proteção e da recuperação da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Nesse sentido, as atividades dos CERESTs devem estar articuladas com os demais serviços da rede do SUS, instâncias governamentais, sindicatos, movimentos e organizações sociais, que possuem interfaces com a área da Saúde do Trabalhador. Eles devem oferecer um suporte, traduzido na função de retaguarda técnica, acompanhamento e práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo ações de vigilância e a formação de recursos humanos.

Um amplo processo de educação permanente deverá apoiar o desenvolvimento dessas ações, intra e interinstitucionais. As equipes técnicas da Célula de Vigilância em Saúde do Trabalhador - CEVIT, do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CEREST/CE Manuel Jacaré e do Centro de Referência em saúde do Trabalhador e de Vigilância Ambiental (CERESTA) Zé MARIA do Tomé, considera que a atenção integral à Saúde dos Trabalhadores no Estado envolve tanto as ações assistenciais quanto às ações de vigilância, incluindo a vigilância dos fatores de risco, vigilância dos expostos e vigilância dos doentes, e também ações de promoção à saúde, com destaque para as ações educativas. Embora a atenção integral considere indissociáveis as ações de assistência, vigilância e promoção da saúde, no campo da Saúde do Trabalhador, destaca a

primazia da vigilância e do controle da exposição aos riscos gerados nos processos produtivos.

Fortalecer e ampliar a RENAST/CE impõe-se como tarefa a ser enfrentada no planejamento da RAS, definindo um modelo estruturado em redes e que dê visibilidade à problemática das relações entre saúde e trabalho, sendo estratégico para a disseminação das práticas no campo da Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS Ceará.

2.3.5. Integração das Redes de Atenção e Saúde Bucal

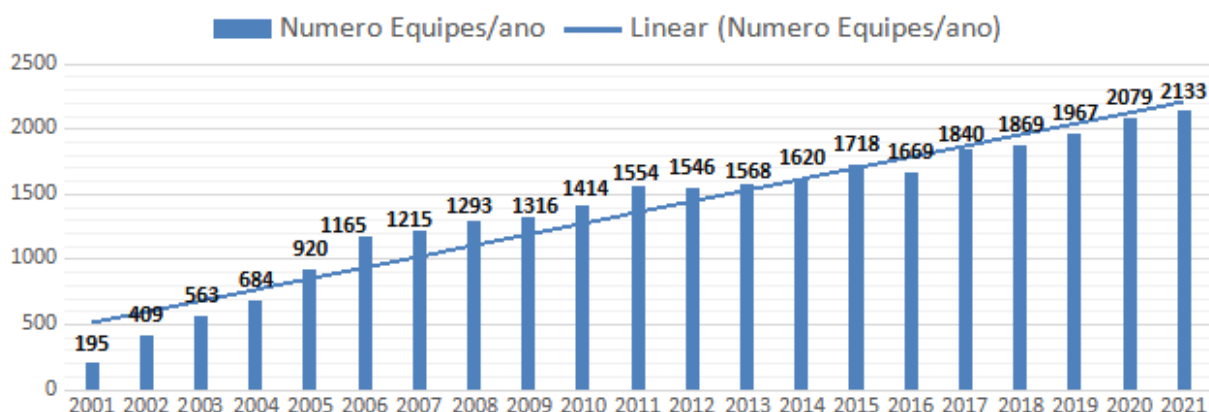
A atenção à saúde bucal envolve a coordenação e integração de diferentes níveis de cuidados, incluindo atenção primária, especializada e hospitalar. Para isto o Programa Brasil Sorridente tem desempenhado um papel fundamental na melhoria do acesso da população aos cuidados de saúde bucal no Ceará, por meio de diversas estratégias e pontos de atenção, estes incluem a vigilância em saúde bucal, abrangendo aspectos sanitários, epidemiológicos e ambientais, a ampliação dos sistemas de fluoretação da água, a expansão dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), a criação e implementação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's), Serviços de especialidades em saúde bucal (SESB) e a instauração dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD's). Além disso, houve inovações na estruturação de Centros/Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON/UNACON) que incluem o tratamento do câncer de cavidade oral e a expansão da assistência odontológica hospitalar para pacientes politraumatizados de face, pacientes com necessidades especiais que requerem anestesia geral, e o atendimento a pacientes fissurados.

Em linhas gerais, ao analisar os dados provenientes dos levantamentos nacionais e séries histórico-epidemiológica sobre a saúde bucal da população brasileira desde o final da década de 80, é possível constatar uma tendência positiva de aprimoramento da saúde bucal, onde o Brasil passou a integrar o grupo de países com baixa prevalência de cárie, e obteve uma menor frequência de uso de próteses dentárias entre adultos e idosos (SB BRASIL, 2020). No entanto,

disparidades regionais em saúde bucal perpetuam as marcantes desigualdades, onde as regiões Norte e Nordeste apresentam recorrentemente os piores indicadores.

Para enfrentar esta realidade o estado do Ceará estruturou a saúde bucal a partir de uma lógica de equipe e território, presente no ano de 2001 em 38 dos seus 184 municípios. No final deste mesmo ano quase 50% dos municípios cearenses já possuíam equipes de saúde bucal (ESB), totalizando 187 equipes. Entre 2001 e 2006 observou-se no estado um processo de expansão acelerada na implantação das ESB. A partir de 2016, se inicia um período de consolidação da ESB como proposta organizativa dentro da Atenção Primária à Saúde (APS), reduzindo o ritmo de implantação das equipes (Figura 79).

Figura 79 - Distribuição das Equipes Saúde Bucal, no estado do Ceará, no período de 2001 a 2021



Até o ano de 2021, 70% da população estadual estava coberta pelo programa, apresentando uma gradual evolução em comparação com o restante do país. Em 2022 a equivalência com o número de equipes de saúde da família (ESF's) supera a média de equivalência nacional, no entanto mesmo após estes avanços observados ainda é necessário um acréscimo de 20% no número de ESB no estado para atingirmos a paridade de equipes na estratégia, especialmente pela disparidade persistir na Região de Saúde de Fortaleza (BRASIL, 2023).

Para este enfrentamento juntos aos municípios as ações a seguir são planejadas:

- fomentar a implantação de serviços de saúde bucal que atendam as demandas da população, de forma regionalizada, primando pela qualidade;
- apoiar para a equiparação de cobertura de equipes de saúde bucal em relação às equipes de saúde da família nas regiões de saúde;
- apoiar tecnicamente os municípios (gestores, coordenadores, técnicos e trabalhadores) na implementação da Política Nacional de Saúde Bucal;
- monitorar e avaliar os serviços implantados e promover ações de educação permanente para os profissionais envolvidos;
- elaborar Notas Técnicas e Relatórios sobre a temática;
- promover ações, junto ao Ministério da Saúde, no sentido de melhorar a qualidade e do acesso aos serviços de saúde bucal.

Na Atenção Ambulatorial/Especializada a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, expande suas ações em 2004 com os CEO's, dispositivo que atuam como referência da média complexidade para a Saúde Bucal. O Ceará possuía no ano de 2022 um total de 81 Centros de Especialidades, sendo 25 deles pertencentes a rede estadual, permitindo uma ampla e capilar cobertura regional. Temos ainda 60 CEO's aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no Ceará, ofertando atendimento odontológico especializado e qualificado para atenção integral das Pessoas com Deficiência.

Em relação à reabilitação protética, foram criados, desde 2005, os laboratórios regionais de prótese dentária – LRPD. No estado do Ceará havia em 2022, 90 Laboratórios distribuídos em todas as regiões de saúde. Entre 2008 e 2014, o estado viveu uma explosão de credenciamentos de LRPDs, quando então alguns municípios perderam o credenciamento por não conseguirem cumprir a produção mensal de próteses contratualiza, ocorrendo esse processo de credenciamento e de descredenciamento ao longo dos anos de 2018 a 2022.

Como parte do plano as seguintes ações são planejadas para o quadriênio:

- Monitorar a produção dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária

- (LRPD) e hospitalar – Pacientes com Necessidades Especiais (PNE);
- Articular com outras Áreas Técnicas e demais setores da Secretaria da Saúde do Estado (SESA); Articular com outras Áreas Técnicas e demais setores da Secretaria da Saúde do Estado (SESA);
 - Promover ações de Educação Permanente, em parceria com o Ministério da Saúde e Instituições de Ensino Superior;
 - Promover ações, junto ao Ministério da Saúde, no sentido de aumentar a oferta e melhorar a qualidade dos serviços de saúde bucal.

A Atenção Hospitalar em saúde bucal no estado é formada por uma rede de hospitais que realizam os serviços de cirurgias buco maxilo-faciais, trauma-buco maxilo facial, atendimento odontológico hospitalar sob anestesia geral para pacientes especiais adulto e infantil e odontologia hospitalar. Este nível de atenção é o mais fragmentado, e com maiores vazios assistenciais. Os serviços com atenção odontológica hospitalar incluem o Hospital Waldemar de Alcântara (cirurgias sob anestesia geral em pessoas com deficiência e cirurgias eletivas), Hospital Geral de Fortaleza (odontologia hospitalar, cirurgias buco-maxilo faciais), Hospital São José (odontologia hospitalar), Hospital Infantil Albert Sabin (odontologia hospitalar para pacientes infantis, atendimento especializado para pacientes infantis porta aberta e atendimento sob anestesia geral de pacientes infantis com necessidades especiais), Hospital Regional do Cariri (Serviço de Traumatologia Buco- Maxilo Facial).

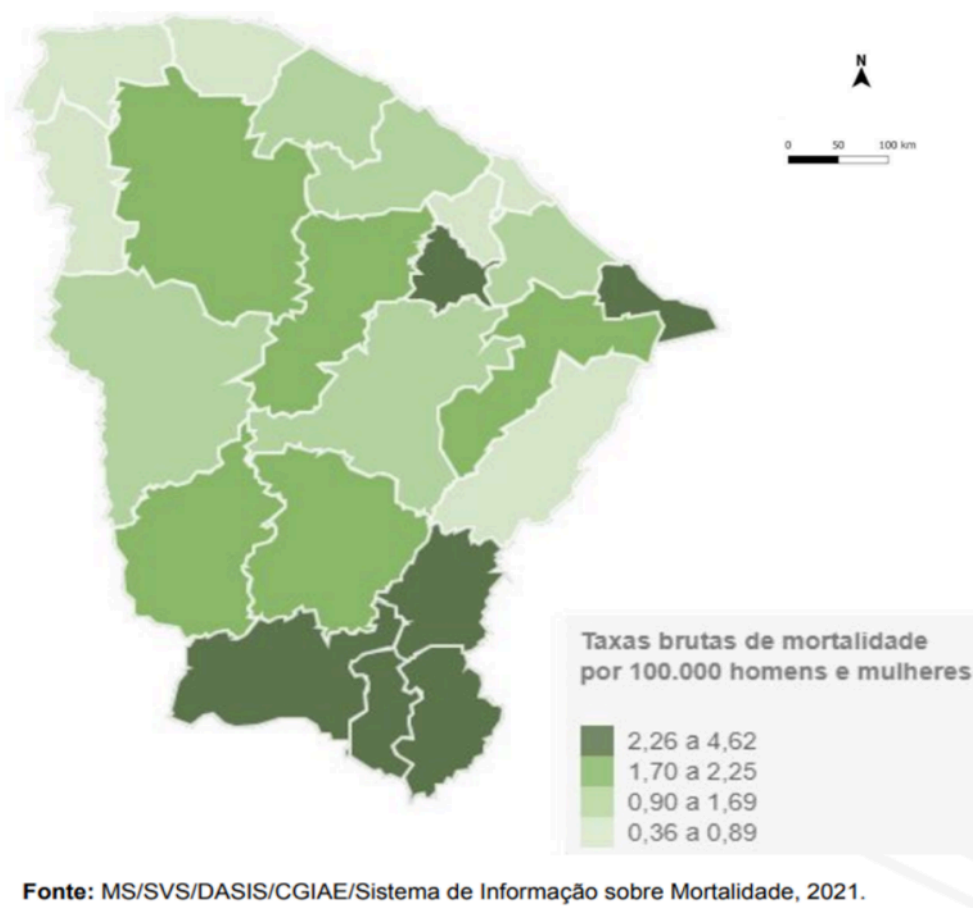
Em relação ao apoio logístico, o programa de Câncer de Boca do Estado do Ceará utiliza o laboratório histopatológico da Universidade de Fortaleza e Unichristus para as regiões de saúde de Fortaleza, Sobral, Leste e Central. Alguns CEO's regionais possuem contratos com laboratórios próprios, especialmente na região Sul do estado. Sendo todos os CEO's regionais porta aberta para o diagnóstico de lesões orais.

O Ceará apresenta uma Mortalidade alta para o câncer de cavidade oral (1,61 óbitos 100.000/hab), representando a 3ª maior mortalidade da região nordeste do Brasil (Figura 80). O diagnóstico em tempo oportuno nas unidades da APS e CEO's, bem como oportunizar

prontamente o tratamento, são desafios para o quadriênio da rede estadual.

A iniciativa de se utilizar um Aplicativo dedicado a profissionais atuantes nas ESBs do estado, para a realização de tele-interconsultas voltadas para o Diagnóstico Bucal, bem como a realização de treinamentos integrados com universidades, comitês e observatórios de pesquisa na área, compõem as ações para o enfrentamento do problema no estado.

Figura 80 - Mortalidade do câncer oral nas regiões de saúde do Ceará em 2021



No componente da vigilância ambiental, vários municípios cearenses apresentam problemas na viabilidade de uma quantidade de flúor mínima para a prevenção da doença cárie dentária, bem como da disponibilidade de flúor na água. Apenas 62,6% da população cearense é coberta com água fluoretada (Frazão e Narvai, 2017). A articulação com a Companhia de Águas e Esgotos do estado e a busca por recursos

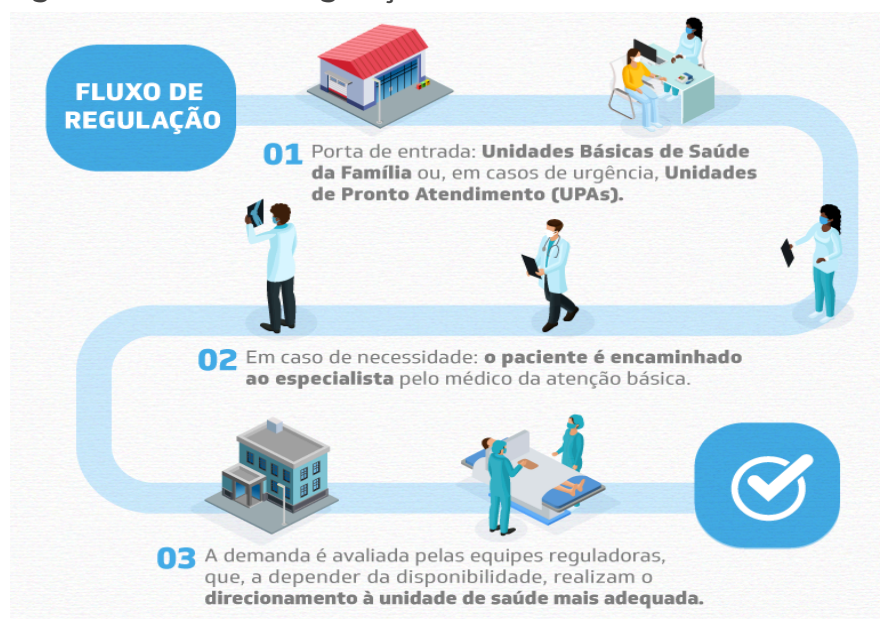
junto ao ministério para o aparelhamento e monitoramento das estações de tratamento é planejada para o enfrentamento do problema no quadriênio.

2.3.6. Sistema de Regulação do Estado

A Coordenadoria de Regulação do Sistema de Saúde é componente essencial de qualquer sistema de saúde eficaz. O estado desempenha um papel fundamental na garantia do acesso igualitário, adequado e oportuno aos serviços de saúde para toda a população. Isso envolve a definição de políticas de saúde, alocação de recursos, regulação de prestadores de serviços de saúde e a promoção de ações de prevenção e promoção da saúde.

A Central de Regulação do Sistema de saúde atua como uma peça fundamental na gestão da demanda e oferta de serviços de saúde, sendo responsável por receber as demandas de atendimento, avaliar a necessidade do paciente, direcionar para o serviço apropriado e acompanhar o **fluxo dos pacientes entre diferentes níveis de atenção** (Figura 81) à saúde. Ela desempenha um papel crítico na otimização dos recursos disponíveis e na garantia de que os pacientes recebam o atendimento de que necessitam.

Figura 81 - Fluxo de Regulação



Fonte: Portal da Sesa (www.saude.ce.gov.br)

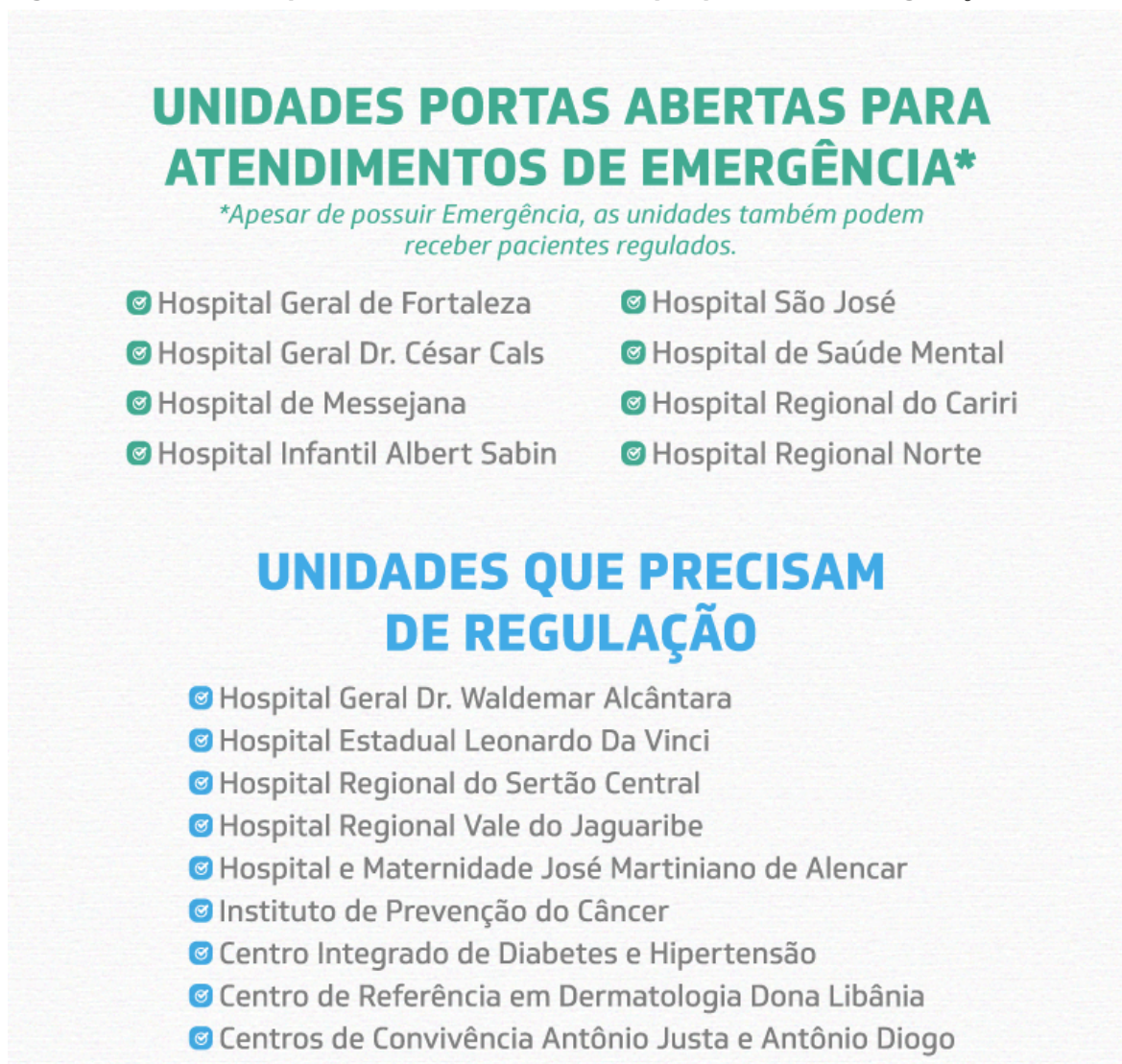
A Regulação do Sistema de Saúde do Estado do Ceará enfrenta diversos desafios que impactam diretamente a eficácia e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Um dos principais obstáculos é garantir a equidade no acesso, buscando assegurar que todos os cidadãos tenham igualdade de oportunidades para receber atendimento, independentemente de sua localização geográfica, condição socioeconômica ou outras variáveis. Outra importante provocação é a crescente demanda por serviços de saúde, o que requer uma gestão eficiente e ágil para atender a todos os pedidos dentro de prazos aceitáveis. A escassez de recursos também se apresenta como um desafio significativo, impactando a capacidade da central de atender a todas as demandas de forma satisfatória.

A necessidade de agilidade no atendimento, especialmente em casos de urgência e emergência, onde é fundamental direcionar os pacientes para o melhor serviço de forma eficaz, garantindo que recebam o cuidado necessário no tempo adequado.

Para melhorar a organização, coordenação e controle do acesso aos serviços de saúde, é fundamental investir em tecnologias de informação para aprimorar os sistemas de gestão e monitoramento. Além disso, é importante fortalecer a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos na Central de Regulação, para que possam tomar decisões mais assertivas e ágeis.

A Central de Regulação trabalha o fortalecimento da integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, incluindo mecanismos para fortalecer a atenção primária, secundária e terciária, ajudando no direcionamento do usuário dentro da rede de saúde a fim de garantir um atendimento mais eficiente possível. Além disso, é necessário estabelecer mecanismos contínuos de avaliação e auditoria para garantir a transparência e a qualidade dos serviços prestados.

Figura 82 - Unidades portas abertas e unidades que precisam de regulação



Fonte: Portal da Sesa (www.saude.ce.gov.br)

2.3.7. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

As Redes de Atenção à Saúde atuam como modelo organizacional dos conjuntos de serviços de saúde, sendo constituído por três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Nesse contexto, a estrutura operacional é formada pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses

diferentes nós. Dentre seus componentes destaca-se os sistemas de apoio que são lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (MENDES,2010).

Considerando os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico trata-se de um grupo de atividade heterogêneas classificadas pelo papel auxiliar atribuído às tecnologias envolvidas em modelos de cuidado tradicionais. Elas têm maior destaque por ser parte decisiva da obtenção de informações para o diagnóstico, como análises clínicas, anatomia patológica e exames de imagem, por exemplo, como hemogramas, eletrocardiogramas, radiografias, endoscopia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, entre muitos outros; podem também ter caráter terapêutico direto ou auxiliar de áreas como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional até diálises, quimioterapias, radioterapias e mesmo centros de terapia intensiva (CTIs) e unidades de tratamento intensivo (UTIs) (MONTE-CARDOSO; ANDRIETTA, 2022).

A produção desses serviços ocorre tanto dentro de estabelecimentos assistenciais - ambulatoriais e hospitalares - como em estabelecimentos dedicados exclusiva ou principalmente a essas atividades. Paralelamente, também constata-se crescimento destacado de alguns subsegmentos, como clínicas oncológicas e de diálise, por exemplo (MONTE-CARDOSO; ANDRIETTA, 2022).

Quanto à oferta, os serviços são destinados aos pacientes externos, internos ou de emergência, objetivando o esclarecimento de diagnóstico ou a realização de procedimentos terapêuticos específicos. Ressalta-se ainda que o gerenciamento dos serviços, podem ser próprios, terceirizados ou contratados dentro ou fora do estabelecimento de saúde, segundo modalidade financiadora (SUS, Particular, ou Convênio).

- Próprio no estabelecimento: serviço de propriedade do estabelecimento de saúde e por ele administrado, realizado dentro de suas instalações físicas.

- Terceirizado/contratado no estabelecimento: quando o serviço tem sua administração e operação delegada a terceiros e realizado no estabelecimento de saúde.
- Próprio fora do estabelecimento: serviço de propriedade do estabelecimento de saúde e por ele administrado, realizado fora das instalações físicas do estabelecimento de saúde.
- Terceirizado/contratado fora do estabelecimento: quando o serviço é oferecido mediante contrato ou convênio, por outro estabelecimento de saúde.

2.3.8. Perfil do Setor Complementar

A saúde suplementar é o conjunto de ações e serviços desenvolvidos por operadoras de planos e seguros privados de assistência médica à saúde e que não têm vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) – a atividade está regulamentada pela lei federal nº 9.656/1998.

A saúde complementar diz respeito à atuação da iniciativa privada na área da saúde pública, ou seja, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, nos termos do art. 199, §1º, da CF/1988. O Estado utiliza da iniciativa privada para aumentar e complementar a sua atuação em benefício público.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de saúde suplementar e complementar no Brasil. A interferência governamental é necessária para garantir a prevalência do interesse social e a busca do equilíbrio entre os agentes do mercado, os consumidores, as operadoras, os prestadores de serviço e o SUS. A ideia é possibilitar que o controle social em nível local, estadual e nacional possa intervir na definição de prioridades, metas e estratégias das ações na saúde suplementar, considerando os princípios do SUS.

Por meio da contratualização de serviços junto a entidades filantrópicas e privadas a gestão municipal ou estadual podem ampliar

sua oferta de vagas para garantir o acesso da população cearense a ações e serviços de saúde no âmbito do SUS atendendo aos princípios de universalidade e integralidade do sistema. Atualmente contratualiza-se leitos retaguarda (enfermaria e UTI), cirurgias eletivas, exames diagnóstico e tratamento em oncologia.

A seguir, serão descritas as formas de organização dos serviços contratualizados junto à gestão estadual.

Cirurgias Eletivas: tem como finalidade ampliar a realização de cirurgias eletivas em todo o estado, bem como reduzir a fila de espera por procedimento eletivo nos hospitais da rede SESA. A demanda pela contratualização de cirurgias eletivas se deu pelo aumento das filas cirúrgicas nos hospitais cearenses. Com o aumento dos custos para execução de ações e serviços de saúde em todo o país nos últimos anos, muitos estabelecimentos não conseguiram mais ofertar vagas suficientes para atender a demanda existente, o que resultou em filas de espera para procedimentos cirúrgicos eletivos. Logo, a contratualização de cirurgias junto a prestadores privados e filantrópicos tornou-se uma necessidade emergencial para ampliação das vagas e oferta deste serviço junto aos usuários do SUS.

Leitos Retaguarda: os estabelecimentos de saúde da rede SESA que tem portas de entrada para acesso de usuários em situações de urgência/emergência enfrentam problemas de lotação, logo, com o objetivo de garantir retaguarda hospitalar para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), regulados pela Central de Regulação Estadual do Ceará, a SESA contratualiza leitos clínicos em enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva para prestação de serviços. Os estabelecimentos

Exames de diagnóstico: tem como finalidade ampliar a realização de exames de diagnóstico em todo o estado, bem como reduzir a fila de espera por procedimentos ambulatoriais. A demanda pela contratualização de exames de diagnóstico se deu pelo aumento das filas ambulatoriais nas unidades da rede SESA. Com o aumento dos custos para execução de ações e serviços de saúde em todo o país nos últimos anos, muitos estabelecimentos não conseguiram mais ofertar vagas suficientes para atender a demanda existente, o que resultou em filas de espera ambulatoriais. Logo, a contratualização de exames para diagnóstico junto a prestadores privados e filantrópicos tornou-se uma

necessidade emergencial para ampliação das vagas e oferta deste serviço junto aos usuários do SUS.

Tratamento em oncologia: o câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o Sistema de Saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Considerando o cenário epidemiológico de ampliação do número de casos de câncer a cada ano e a projeção de que no futuro será a principal causa de mortalidade na população, evidencia-se a necessidade de fortalecimento dos serviços de oncologia no estado do Ceará, logo, a Secretaria da Saúde reitera o apoio à efetivação de ações para promoção da saúde, prevenção e controle do câncer no estado por meio da contratualização de serviços filantrópicos e privados habilitados junto ao Ministério da Saúde como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon). A contratualização visa atender a necessidade da população do Estado do Ceará, registrada na Central de Regulação do Estado e relacionado a demanda reprimida com a finalidade de prestar assistência através de procedimentos da linha do cuidado em oncologia, considerando ainda os tipos de câncer com maior prevalência, diagnosticados no Estado do Ceará.

2.4. Panorama das Políticas de Saúde no Estado do Ceará

As Políticas Públicas podem ser definidas como conjunto de ações e decisões voltadas para a solução (ou não) de problemas da sociedade para as necessidades da população, por meio de ações articuladas, sistematizadas, direcionadas para resolução conjunta de problemas, indicando as atividades necessárias, os instrumentos que deverão ser articulados para se atingir tal finalidade, atores envolvidos, (agentes que formulam, tomam decisões e que por elas são afetadas), recursos (meios utilizados para que os objetivos sejam alcançados), processos (fluxo das atividades) e sua função (resultado da política e sua relevância para a sociedade).

A Lei Federal nº 8080/90, estabelece que o dever do Estado em garantir saúde, consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Lei nº 8080/90). Esse papel do Estado (poder público) na construção de políticas públicas envolve a capacidade efetiva de assegurar os direitos ao cidadão.

Para o Tribunal de Contas da União (TCU), as Políticas Públicas são um conjunto articulado e estruturado de ações e incentivos que buscam alterar uma realidade em resposta a demandas e interesses dos atores envolvidos. Diz respeito, portanto, à mobilização político-administrativa para articular e alocar recursos e esforços para tentar solucionar o problema coletivo.

A criação da Secretaria Executiva de Políticas de Saúde no Estado do Ceará, em 3 de dezembro de 2019, por meio do Decreto nº 33.381, de 4 de dezembro de 2019, é uma iniciativa inovadora no País, em termos de estrutura organizacional nas Secretarias da Saúde dos Estados. Atualmente, por meio do Decreto nº 35.599, de 27 de julho de 2023, na nova estrutura organizacional, as ações da Atenção Primária foram incorporadas, tornando-se Secretaria Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS).

É uma área estratégica de fundamental importância para reduzir a fragmentação histórica na saúde, promover integração das

ações e serviços de saúde, articulação interna e intersetorial, estabelecer diretrizes norteadoras para o sistema de saúde e organização dos serviços de saúde, normatizar, coordenar o processo de formulação de políticas de saúde para todos os níveis de atenção à saúde, (atenção primária, secundária e terciária); para pessoas nos diversos estágios de desenvolvimento e ciclo de vida: criança, adolescente, homem, mulher, idoso; políticas para serviços de saúde, para grupo de populações específicas: população indígena, quilombola, cigana, LGBTQIA+, entre outros, e políticas institucionais para o fortalecimento da gestão.

No contexto de intensas mudanças na saúde, a Secretaria de Políticas foi ajustando-se para atender às inúmeras demandas da saúde, não apenas na formulação de políticas, mas sobretudo, na produção de instrumentos técnicos (Linhas de Cuidado, Protocolos, Regulamentos, Notas Técnicas), informativos (manuais, cartilhas), gerenciais (Planos de Ação), para fortalecer o processo de implantação das políticas e dar suporte às equipes de saúde, normatização, orientações técnicas para gestão do cuidado em saúde, entre outras ações estratégicas.

Avanços

As políticas de saúde passaram a ser gerenciadas pela Secretaria Executiva de Políticas de Saúde, em 2019. Nos quatro anos de gestão, promoveu a elaboração de seis políticas de saúde, quais sejam:

1. Política Estadual de Incentivo Hospitalar
2. Política Estadual de Doação e Transplante no Estado do Ceará
3. Política Estadual de Promoção da Saúde
4. Política Estadual de Assistência Farmacêutica
5. Política Estadual de Saúde Mental
6. Política Estadual da Educação Permanente em Saúde

2.4.1. Política Estadual de Incentivo Hospitalar

A Política Estadual de Incentivo Hospitalar é uma das estratégias do Governo do Estado para o fortalecimento da Atenção Hospitalar organizada de forma descentralizada e regionalizada e da ampliação do acesso da população a serviços hospitalares próximo ao cidadão.

Os incentivos financeiros de custeio das Clínicas Médicas dos hospitais com adesão a essa Política, são financiados pelo Tesouro Estadual e repassados mensalmente aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) dos municípios responsáveis pela contratualização dos serviços hospitalares nas diversas especialidades médicas de média e alta complexidade, para atendimento ao cidadão. Espera-se, com essa Política, melhorar o acesso aos serviços hospitalares e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população cearense.

Objetivo

Ampliar o acesso da população a serviços hospitalares no âmbito das Regiões de Saúde, mais próximo da população.

Público-alvo

População residente nas 5 Regiões de Saúde do Estado do Ceará;

Fundamentação legal

Resolução CESAUC-CE nº 36/2023 que dispõe pela aprovação da 3ª revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de referência regional, estratégico e hospital local de pequeno porte, período de 2021 a 2024.

Diretrizes

A Política Estadual de Incentivo Hospitalar está fundamentada nas seguintes diretrizes:

- I. Acesso aos serviços de saúde de referência regional regulados pelas Centrais de Regulação Regionais vinculadas funcionalmente à Central de Regulação do Estado, conforme Lei Estadual nº 17.006/2019, exceto a

Célula do Complexo Integrado de Regulação da SMS de Fortaleza;

- II. Cuidado integral ao cidadão(ã), incluindo-se, exames de apoio diagnóstico e terapêutico e tratamento;
- III. Boas Práticas nos serviços de saúde, qualidade e segurança do paciente e dos trabalhadores;
- IV. Garantia no cumprimento dos serviços contratualizados;
- V. Participação da comunidade - garantia da participação do cidadão (ã), por meio dos Conselhos de Saúde, na execução das ações e cumprimento das metas contratualizadas e na garantia do direito a todos;
- VI. Monitoramento e Avaliação pelos gestores municipais e estaduais aos prestadores de serviços de saúde integrantes desta Política referente aos serviços contratualizados;
- VII. Transparência nas informações e resultados para sociedade, priorizando-se o interesse público.

Área Responsável pela Coordenação da Política

Coordenadoria de Políticas e Gestão do Cuidado Integral à Saúde (COGEC).

Resultados alcançados (2019-2022)

Essa Política passou a ser efetivamente monitorada e avaliada após processo de Revisão da Política em 2021, quando estabeleceram-se os Critérios de Adesão, Metas e os Indicadores.

Perspectivas e ações

O alcance das Metas, a partir de 2021, vem sendo realizado com a análise técnica de desempenho Quadrimestral pelas Superintendências Regionais subsidiadas por Relatório Quadrimestral da produção do SIA e SIH/SUS.

Vigência da Política

Realizada a pactuação da 3ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar de Referência Regional, Estratégico e Hospital de Pequeno Porte, período de 2021 a 2024, por meio da Resolução CIB nº 82/2023 - CIB/CE.

2.4.2. Política Estadual de Doação e Transplantes

A Política Estadual de Doação e Transplantes foi elaborada com o objetivo de ampliar o acesso e o fortalecimento do Sistema Estadual de Transplante do Ceará no desenvolvimento de doação e remoção de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, beneficiando a população cearense e de outras unidades da federação referenciada.

A complexidade das ações de doação e transplante desenvolvidas em quase 24 anos no Ceará, torna imprescindível a formalização da Política Estadual de Doação e Transplante.

Essa Política é resultante de um esforço coletivo de parceria entre diversos atores que participaram do processo de construção, em especial, áreas técnicas da Regulação, da Central de Transplante, da Secretaria de Políticas, de profissionais da área da saúde que atuam na área de transplante no Estado e de instituições, com importante troca de informações e conhecimentos em benefício da vida da população.

A doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplantes vai muito mais além de salvar e proporcionar qualidade de vida, pois enaltece sentimentos de solidariedade, amor ao próximo, cidadania e qualidade de vida.

Fundamentação legal

Resolução CESAUC-CE nº 66/2022 e Resolução CIB/CE nº 159/2022, que dispõe sobre a aprovação da Política Estadual de Doação e Transplantes no Estado do Ceará.

Diretrizes

- I. Acesso dos pacientes aos exames necessários à avaliação do pré-transplante, transplante e do pós-transplante e acompanhamento dos pacientes candidatos ao transplante;
- II. Articulação e integração entre os níveis de atenção em saúde: Atenção Primária, Secundária e Terciária, por meio do sistema de regulação;

- III. Disponibilização ao usuário cuidado integral nos serviços de saúde, de forma disciplinar em todos os níveis de atenção à saúde;
- IV. Disponibilização de vagas para consultas por agendamento nos centros transplantadores, com o quantitativo mínimo de vagas suficiente de consultas ambulatoriais para avaliação pré-transplante, por meio do sistema de regulação, sendo esse estadual ou municipal;
- V. Definição de fluxos de encaminhamento ao pré-transplante, proporcionando atendimento em tempo hábil;
- VI. Avaliação pré- transplante do paciente e acesso a serviços disponíveis o mais próximo possível de sua residência;
- VII. Assegurar transporte aos pacientes por meio de pactuação entre gestores intermunicipais e interestaduais;
- VIII. Garantir o tratamento dialítico de paciente em trânsito por meio de pactuação entre os gestores intermunicipais e interestaduais;
- IX. Organização e controle do acesso por meio do Tratamento Fora do Domicílio – TFD por meio de regulação da origem do paciente ao destino.

Perspectivas e ações:

Espera-se realizar a implantação, acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política. A avaliação da política consiste na verificação do alcance dos objetivos e metas estabelecidos, considerando-se a eficiência (otimização na utilização dos recursos), eficácia (atingimento das metas estabelecidas) e efetividade (impacto social da política pública). O processo de avaliação de políticas públicas gera a informação necessária para verificar o seu desempenho, permitindo realizar ajustes ao longo de sua execução.

Ressalta-se que nem sempre é possível aplicar todas as avaliações em determinada política pública. Isso se deve tanto às particularidades e complexidade de cada política. A avaliação consiste numa atribuição de valor e mensuração da política, buscando melhorar seus processos de tomada de decisão e o desenho da intervenção,

produzindo informação mais aprofundada e detalhada sobre o funcionamento e os efeitos da política.

O monitoramento pode ser definido como o exame contínuo dos processos, produtos, resultados e impactos das ações realizadas, responsável por produzir informação mais simples e imediata sobre a operação e os efeitos da política. O caráter contínuo decorre da necessidade de monitorar a implementação das atividades da política pública e seus resultados.

2.4.3. Política Estadual de Promoção de Saúde (POEPS)

A promoção da saúde consiste em um conjunto de estratégias, políticas, ações e intervenções com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades na medida em que atua sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, promovendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde estão inseridos (BRASIL, 2014).

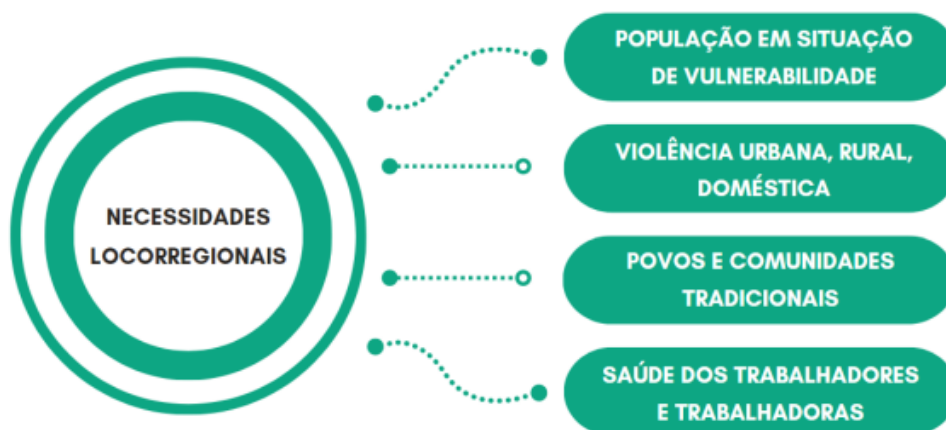
A Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS-CE) foi elaborada e aprovada por meio da Resolução de CIB nº 152/2022 e tem como o objetivo de possibilitar uma resposta às demandas de um conjunto de atores sociais e institucionais envolvidas/os na construção dessa Política, reconhecendo as dimensões da participação social, da intersetorialidade, da identificação e intervenção nos determinantes sociais da saúde na busca de promover a equidade em saúde e da melhoria da qualidade de vida da população do Estado.

Ancorada na mobilização social e participação social, a Secretaria da Saúde do Ceará elencou como meta a implantação de 5 (cinco) Comitês Intersetoriais de Promoção da Saúde (CIPS) nas cinco Regiões de Saúde do Estado, como estratégia de mobilização para formulação de forma participativa e democrática da respectiva política, a fim de fortalecer as ações estratégicas, planos, projetos e programas de promoção da saúde em âmbito regional.

Na ocasião, a construção da POEPS-CE conduziu-se coletivamente a partir da realização de oficinas nas 5 (cinco) Regiões de

Saúde, observando as necessidades locais regionais na qual foram sistematizadas em quatro segmentos prioritários:

Figura 83 - Necessidades locais regionais



Diante do cenário apresentado nas oficinas regionais, a Política propõe-se promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida da população cearense, intervindo sobre os determinantes sociais da saúde proporcionando a equidade, sustentabilidade, justiça social e compreendendo a saúde como direito humano fundamental.

Fundamentação legal

Resolução CESAUC-CE nº 65/2022 que dispõe sobre a aprovação da Política Estadual de Promoção de Saúde (POEPS), no âmbito do Estado do Ceará.

Diretrizes

Deste modo, tratando-se das orientações que auxiliam na definição de instruções para se estabelecer um plano para a implementação da POEPS-CE e/ou para a implementação de ações de promoção da saúde nos territórios, a Política propõe as seguintes diretrizes:

- I. Compreensão ampliada do conceito de saúde, considerando a abordagem sobre os determinantes sociais como estratégia essencial para pensar, formular, planejar e propor ações no campo da saúde;

- II. Estímulo à articulação intra e intersetorial para promover a saúde e a equidade e intervir de forma ampliada sobre os determinantes sociais da saúde;
- III. Incentivo ao planejamento sob a ótica da territorialização, de forma a aproximar as ações da realidade e das necessidades da população, apoiando o desenvolvimento local participativo e sustentável;
- IV. Estímulo à produção de saúde e cuidado voltados para a lógica de redes que favoreçam práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, que promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber (popular, tradicional e científico), construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde;
- V. Respeito às diversidades, a fim de favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social;
- VI. Estímulo à gestão e ao planejamento compartilhado, ampliando o exercício de direitos, a autonomia, a participação e o controle social;
- VII. Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde;
- VIII. Apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde, considerando as necessidades e demandas das populações específicas e em situação de vulnerabilidade, no sentido de potencializar a práxis dos profissionais e gestores da saúde, de outros setores, do controle social e da comunidade;
- IX. Ampliação da capacidade institucional com o objetivo de fortalecer as ações de promoção da saúde, articulada e integrada às políticas do setor saúde e de outros setores, comprometidas com a efetivação dos direitos sociais da população;
- X. Implementação das Práticas Integrativas e Complementares, reconhecendo os saberes e as práticas tradicionais de saúde;

- XI. Adoção da Educação Popular em Saúde como prática político-pedagógica orientadora de novos modos de gestão e processos de trabalho e controle social, integrando os saberes populares ao cotidiano dos serviços de saúde, contribuindo também para a mobilização social e o protagonismo popular na defesa dos direitos sociais.

A partir dos objetivos e diretrizes da POEPS-CE a identificação participativa dos problemas e necessidades e seus respectivos determinantes, compreendendo como afetam a saúde e produzem iniquidades, bem como a localização das populações que reiteradamente são inseridas em situações de vulnerabilidade, são tarefas fundamentais a serem realizadas periodicamente no processo de operacionalização da Política.

Recomenda-se, ainda, a revisão periódica e também participativa dos temas prioritários da POEPS-CE para atender às mudanças conjunturais, problemas e necessidades futuras da população cearense, tendo como temas prioritários: Educação permanente, Práticas integrativas e complementares no SUS, Educação popular, Saúde mental e uso problemático de substâncias psicoativas, Cultura de paz e enfrentamento das violências e Trabalho, geração de renda e qualidade de vida.

Considerando a transversalidade da temática da promoção da saúde, como também os segmentos prioritários definidos na política estadual, como avanço na implementação da POEPS-CE a SESA por meio da última atualização da estrutura organizacional definiu importantes espaços de discussão e atuação nesta área temática, a exemplo do destaque da Promoção à Saúde no contexto da Célula de Atenção Primária e Promoção à Saúde – CEPRI e da constituição do período Célula de Atenção à Saúde das Comunidades Tradicionais e Populações Específica – CEPOP.

Ações e perspectivas

- A implementação da POEPS-CE será realizada a partir da construção do Plano de Ação Local, Regional e Estadual;

- O Plano de Ação será construído pelos Comitês Intersectoriais de Promoção da Saúde e/ou Comitê de Governança Regional, com a Comissão Regional de Saúde (Lei 17.006/2019) e o Grupo Condutor em articulação com atores sociais e institucionais dos territórios, envolvendo as gestões municipais, sob a coordenação das Superintendências Regionais e com apoio técnico da SESA;
- A POEPS-CE será monitorada e avaliada por meio de sistema ascendente e participativo, envolvendo os atores sociais e institucionais dos territórios, bem como os Comitês Intersectoriais de Promoção da Saúde e/ou Comitê de Governança Regional, o Grupo Condutor com suas respectivas representações intersectoriais e a Comissão Regional de Saúde;

A SESA vem desenvolvendo projetos estratégicos voltados ao fortalecimento da Atenção Primária e que tem interface direta com a Promoção à Saúde, a exemplo do Projeto Movimenta APS – Atenção Primária à Saúde, Projeto Movimenta Saúde Mental e o Projeto de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras do SUS.

2.4.3.1 Projeto Movimenta APS

Com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede de atenção nas regiões, a SESA lança o projeto Movimenta APS. O mesmo será desenvolvido a partir de três importantes eixos de atuação:

- **Eixo 1: Plano de Educação Permanente da Atenção** - O investimento em educação permanente de profissionais da APS visa o aperfeiçoamento dos processos de trabalho e atualização contínua das equipes, garantindo a transversalidade da promoção à saúde nos processos formativos propostos.
- **Eixo 2: Planificação da Atenção à Saúde** - Metodologia desenvolvida pelo CONASS, a planificação da atenção à saúde tem como objetivo a qualificação dos processos de trabalho da APS promovendo integração com a AAE e inserção das equipes E-multi e profissionais do Programa

Mais Médicos nos processos formativos, ampliando a eficiência da rede de atenção à saúde.

- **Eixo 3: Rede de Articuladores da APS nas Regiões** - Neste eixo o Estado estuda possibilidades de ampliar a oferta de apoio institucional para o fortalecimento da APS nas regiões de saúde e nível central da SESA, de modo a intensificar o monitoramento e avaliação de indicadores, suporte técnico e supervisão aos municípios, desenvolvendo a implementação de importantes políticas de saúde, como a POEPS-CE.

2.4.3.2 Projeto Movimenta Saúde Mental

O Projeto Movimenta Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, propõe um modelo de integralidade, regionalização e cuidados colaborativos em saúde mental, composto por práticas pedagógicas e assistenciais, com intuito de reduzir a lacuna existente entre a carência de recursos disponíveis na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a alta prevalência dos transtornos mentais, promovendo cuidados qualificados para a população cearense.

O Eixo Pedagógico tem a finalidade de qualificar os atendimentos em saúde mental pelos profissionais de saúde. Serão organizadas oficinas de capacitação nos territórios, baseando-se no Programa de Ação para reduzir as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP, na sigla em inglês) da OMS, para a formação de profissionais não-especialistas na avaliação, manejo e seguimento de pessoas com condições prioritárias em saúde mental e para a implementação da integração entre os serviços da APS e da atenção especializada em saúde mental, por meio do matriciamento.

O Eixo Assistencial, tem como objetivo estruturar o escalonamento dos cuidados em saúde mental nas UAPS dos municípios; fortalecer a integralidade entre os serviços da RAPS, principalmente na articulação entre APS e atenção especializada e executar o matriciamento em cada um dos municípios.

2.4.3.3. Projeto de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras do SUS

O Projeto “Conhecer, Comunicar, Cuidar e Valorizar as Trabalhadoras do SUS Ceará” é uma proposta do grupo de Trabalho da Equidade Ceará formado por um grupo gestor composto por técnicos e gestores da Célula de Atenção à Saúde das Comunidades Tradicionais e Populações Específicas – CEPOP, Coordenadoria de Políticas de Educação, Trabalho e Pesquisa em Saúde (COEPS), Coordenadoria de Gestão Estratégica e Desenvolvimento de Pessoas (COGPI), que visam a celebração de convênio no âmbito do Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no SUS.

A proposta do projeto tem o objetivo de pautar o enfrentamento das iniquidades e das diversas formas de violências, preconceito e discriminação no âmbito do trabalho em saúde e fortalecer a comunicação em saúde para acolhimento, cuidado, proteção e valorização das trabalhadoras do SUS Ceará. Tendo como objetivo específico: desenvolver a capacidade institucional da SESA para a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, equânimes, anti-misóginas, antirracistas e anti-LGBTfóbicas, protetivas e cuidadoras das trabalhadoras do SUS considerando as interseccionalidades e diversidades no âmbito do trabalho no SUS.

Por fim, no que se refere ao financiamento, a SESA junto às Regiões de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, devem ser estimulada na perspectiva de colaborar na construção de recomendações e metas de desenvolvimento local, regional e estadual relacionadas à promoção da saúde, e apoiar com fontes de recursos próprios, estadual e municipal, ou fontes externas, o financiamento de programas e ações de promoção da saúde na Rede de Atenção à Saúde no Estado e municípios.

2.4.4. Política Estadual de Assistência Farmacêutica (PEAF)

A Assistência Farmacêutica (AF) engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional.

Os medicamentos disponíveis para o tratamento de doenças ou de agravos são aqueles padronizados na Relação Nacional de Medicamentos (Rename), na Relação Estadual de Medicamentos (Resme) e/ou nas Relações Municipais de Medicamentos (Remume). As responsabilidades das instâncias gestoras do SUS (Federal, Estadual e Municipal), estão definidas em três componentes: Básico, Estratégico e Especializado.

A estruturação e a organização da Assistência Farmacêutica para a prestação de um serviço efetivo e eficiente, garantindo o acesso universal e o uso racional de medicamentos, é um dos maiores desafios vividos por gestores e profissionais que atuam no SUS, principalmente no contexto atual – em que novas tecnologias surgem a cada instante, ocasionando uma busca incessante por novos tratamentos, uso indiscriminado de medicamentos e aumento da população SUS dependente no nosso Estado.

Para a efetiva implementação da Assistência Farmacêutica, é fundamental ter como princípio básico norteador o Ciclo da Assistência Farmacêutica, compreendendo atividades clínicas e logísticas, constituído pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação, com suas interfaces na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Figura 84 - Modelo lógico-conceitual da assistência farmacêutica



Fonte: GUIA – ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CEARÁ.

Fundamentação legal

A Política Estadual de Assistência Farmacêutica (Peaf) foi aprovada por meio da Resolução Cesau nº 55/2021 e Resolução CIB nº 159/2021, com vistas a fortalecer a Assistência Farmacêutica reconhecendo a sua relevância e transversalidade, em todos os níveis de atenção (primário, secundário e terciário), objetivando a organização e a ampliação do acesso a medicamentos, a promoção do uso racional, a estruturação do cuidado farmacêutico, a organização da infraestrutura, os mecanismos de governança, e um financiamento adequado com uma gestão democrática e participativa.

Estratégia de Gestão

Na estrutura organizacional da SESA, a Assistência Farmacêutica está contemplada estrategicamente na perspectiva das políticas públicas de saúde com Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica e Avaliação de Tecnologias (COPAF), vinculada à Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS) sendo composta pela: Célula de Assistência Farmacêutica (CEASF) e Célula de Avaliação de Tecnologias em Saúde (CEAST). A operação logística, bem como o planejamento e execução das compras, fica a cargo da Secretaria Executiva Administrativo Financeira (SEAFI), por meio da Coordenadoria de Logística de Recursos Biomédicos (COLOB) e da Coordenadoria de Planejamento de Compras (COPLA) e Coordenadoria de Execução de Compras (COEXE).

Figura 85 - Assistência Farmacêutica na Estrutura Organizacional

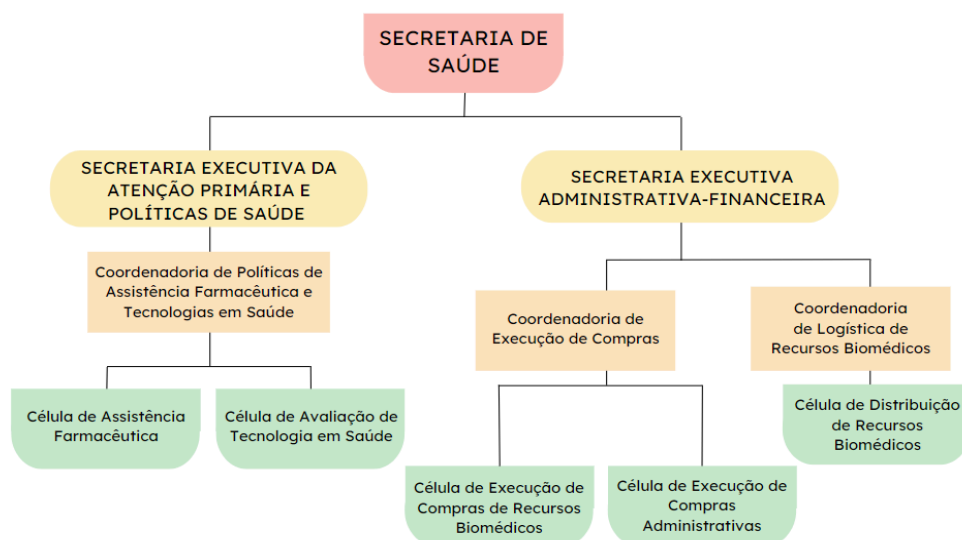


Figura: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CEARÁ.

Relação Estadual de Medicamentos (Resme)

A Resme é o instrumento norteador para as ações de saúde, para a seleção de medicamentos, planejamento e organização da Assistência Farmacêutica (AF) no âmbito do SUS no Estado do Ceará. Aos gestores municipais, deve subsidiar a elaboração e pactuação de suas Relações Municipais de Medicamentos (Remume). Às equipes de saúde, em especial aos prescritores, a Resme e a Remume são indispensáveis na escolha da melhor terapêutica disponibilizada no SUS. A Resme expressa o elenco de medicamentos selecionados nos preceitos técnico-científicos, de acordo com as prioridades de saúde da população cearense.

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, visando o aprimoramento dos métodos de seleção dos medicamentos constantes na Resme, instituiu a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT). A CFT é uma instância colegiada de caráter técnico e consultivo para a elaboração e revisão da Resme, e para a promoção do uso racional de medicamentos, devendo assessorar diretamente o Secretário Estadual de Saúde em assuntos relacionados a esta área. A portaria também regulamentou que a CFT deve observar os seguintes critérios de inclusão:

- I. epidemiológicos e farmacoeconômicos;

- II. linhas de cuidado prioritárias do Estado do Ceará;
- III. evidências científicas (eficácia, efetividade e segurança);
- IV. organização e oferta dos serviços;
- V. concentração, forma farmacêutica, registro sanitário, descrição do princípio ativo de acordo com a Denominação Comum Brasileira.

Componentes da Assistência Farmacêutica

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde, presentes na RENAME vigente.

No Estado do Ceará, desde 1999, os medicamentos para a Atenção Básica são adquiridos de forma centralizada pela SESA para a grande maioria dos Municípios (exceção de Fortaleza e Sobral), sendo os recursos financeiros advindos das contrapartidas federal e municipal transferidos ao Fundo Estadual de Saúde (FUNDES), em cumprimento a um termo de adesão celebrado entre os Municípios e a SESA, por meio de pactuação em CIB para execução da compra, gerando ganho de escala e eficiência. O financiamento do CBAF é tripartite, de responsabilidade das três esferas de governo, composto dos valores por habitante/ano.

A pactuação de um elenco complementar ao da Atenção Básica denominado de Política da Assistência Farmacêutica Secundária é uma particularidade do Estado do Ceará. Essa política, criada em 2009, possui financiamento bipartite (Estado e Municípios) e a aquisição de medicamentos para os agravos que não possuem cobertura farmacoterapêutica e que não se enquadram na definição dos componentes de financiamento da Assistência Farmacêutica Básica, conforme disposto na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). Os medicamentos da AFS também são adquiridos de forma centralizada pela SESA.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto

socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde. O CESAF é regulamentado pelas Portaria de Consolidação GM/MS N° 2 de 2017 e Portaria de Consolidação GM/MS N° 6 de 2017 (Artigos 535 e 536) pela Portaria GM/MS N°3.992 de 2017, que altera a Portaria de Consolidação N° 06 de 2017. Os medicamentos contemplados são destinados aos seguintes programas: Arboviroses, Cólera, Coqueluche, Doença de Chagas, Esquistossomose, Febre Maculosa, Geohelmintíases, Hanseníase, Influenza, Leishmaniose, Malária, Meningite, Toxoplasmose, Tracoma, Tuberculose, Vírus Sincicial respiratório (VSR). Também são garantidos antivirais para o combate à influenza, antirretrovirais para tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS, hemoderivados e pró-coagulantes para pessoas com doenças hematológicas, vacinas, soros e imunoglobulinas, além de medicamentos e insumos destinados ao combate do tabagismo e ao programa de alimentação e nutrição. O financiamento e aquisição desses medicamentos e insumos é centralizada no Ministério da Saúde, que distribui aos Estados conforme programação. Aos Estados, cabe o recebimento, armazenamento e a distribuição aos Municípios. Aos municípios cabe a dispensação do medicamento ao usuário.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em PCDT publicados pelo MS. A solicitação destes medicamentos necessita de um Laudo de Medicamento Especializado (LME) e exames específicos a serem avaliados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão no PCDT. O Componente Especializado CEAF é regulamentado pelas Portaria de Consolidação GM/MS N° 2 de 2017 e Portaria de Consolidação GM/MS N° 6 de 2017 (Artigo 535 ao 552) e Origem: Portaria MS/GM 1.554/2013. Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades, financiamento e formas de organização distintas. O financiamento se dá através de grupos:

- Grupo 1: Medicamentos financiados pelo MS, sendo dividido em:

- Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo MS e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do CEAF;
- Grupo 1B: medicamentos financiados pelo MS mediante transferência de recursos financeiros às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do CEAF;
- Grupo 2: Medicamentos financiados pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, que são responsáveis pela aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito da CEAF.
- Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

O CEAF no Ceará tem sua execução descentralizada por meio das Unidades Distribuidoras e Farmácias Dispensadoras visando a humanização do atendimento, diminuindo o deslocamento do paciente tanto na apresentação da documentação para o cadastro no CEAF quanto no recebimento do medicamento e proporcionando também uma maior integração entre os gestores do SUS.

2.4.5. Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PESMAD)

A formulação da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ceará objetiva fortalecer a gestão estadual e governança a fim de estabelecer diretrizes, ordenar as linhas de cuidado e ampliar o acesso às ações e serviços em Saúde Mental e

Atenção Psicossocial, de forma descentralizada e regionalizada, no âmbito do território do estado do Ceará.

Esta proposta integra cinco processos que foram desenvolvidos pela equipe de Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental e do Grupo Condutor instituído a partir da então Secretaria Executiva de Políticas em Saúde, atual Secretaria Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde, quais sejam: diagnóstico situacional da RAPS no estado; desenho e delineamento da política; dimensionamento de orçamento; avaliação e monitoramento; e estratégias de implementação. Segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde, que contemplam Governança, Qualificação e capacitação de recursos humanos, Organização dos serviços, Direitos Humanos, Promoção, Prevenção e Tratamento, Estratégias para a aquisição e distribuição de medicamentos essenciais, Programas de melhoria da qualidade do cuidado, Sistemas de Informação, Financiamento, Colaboração intersetorial e Pesquisa, monitoramento e avaliação.

Fundamentação legal

A Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas (PESMAD) foi aprovada por meio da Resolução CESAUC-CE nº 07/2022 e Resolução CIB/CE nº 18/2022. Construída por pessoas com diversos saberes e de diferentes segmentos de nossa sociedade, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, a fundamentação legal considerou as portarias e leis federais do Ministério da Saúde, portarias de Consolidação, leis estaduais referentes à temática, as propostas das Conferências Nacionais de Saúde Mental assim como as propostas da IV Conferência Estadual de Saúde Mental do Ceará para a V Conferência Nacional de Saúde Mental.

Diretrizes

A reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado tem como objetivos a organização e articulação de serviços baseadas nos princípios de universalidade, regionalização, hierarquização e integralidade das ações, feitas de modo a distribuir, de forma equilibrada e equânime, a assistência nos níveis de atenção.

Assim, a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ceará prioriza as seguintes diretrizes:

1. Expansão e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial em todo o território estadual, no âmbito das Regiões de Saúde e da integralidade do cuidado;
2. Fortalecimento do processo de regionalização através do desenho da RAPS nas Regiões de Saúde;
3. Organização dos serviços de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, prioritariamente comunitária, de forma territorializada, integrada e intersetorial;
4. Fortalecimento da gestão em rede dos serviços de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas;
5. Promover os direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e sua liberdade, incluindo pessoas com sofrimento psíquico e com problemas decorrentes do uso de drogas;
6. Construção participativa do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com problemas por uso de álcool e outras drogas, utilizando o Projeto Terapêutico Singular como eixo central;
7. Diversificação das estratégias de cuidado com base em evidências, com reconhecimento da relevância da estratégia Redução de Danos e das Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS;
8. Garantia do acesso com qualidade aos serviços, promovendo cuidado integral e assistência interprofissional e intersetorial;
9. Assegurar o acesso qualificado a medicamentos essenciais para a saúde mental e tratamento de pessoas com problemas por uso de álcool e outras drogas, em consonância com Linhas de Cuidado estratégicas e diretrizes estabelecidas;

10. Promoção e priorização do cuidado com ênfase nos serviços de base territorial e comunitária, com progressiva diminuição das internações em leitos em hospitais psiquiátricos especializados, assegurando o cuidado a pessoas em situação de crise;
11. Estabelecimento de ações de gestão e execução da política em caráter intersetorial no âmbito das políticas públicas;
12. Promoção de ações de Saúde Mental e de cuidado a pessoas com problemas por uso de Álcool e outras Drogas na Atenção Básica em Saúde, nos municípios;
13. Garantia de acesso e cuidados em saúde mental e atenção psicossocial para populações especiais ou vulneráveis.
14. Promoção do envelhecimento ativo e saudável, com atenção integral à saúde mental da pessoa idosa por meio do estímulo às ações intersetoriais, à participação e ao fortalecimento do controle social;
15. Estímulo à continuação da utilização de tecnologias nas práticas de cuidado mantendo, quando cabível, a educação e apoio técnico à distância, telessaúde, sistemas de informação e outros.

A Política traz ainda a definição das competências inerentes a cada ente federativo, especificando o que são responsabilidades comuns ao estado e municípios, responsabilidades da Secretaria da Saúde do Estado e as das Secretarias Municipais de Saúde.

A PESMAD traz capítulos específicos tratando da Educação Permanente e da Promoção da Qualidade da Assistência, da Desinstitucionalização e Superação do Modelo Manicomial, da Saúde Mental e Atenção Psicossocial Infanto-juvenil, da Saúde Mental de Pessoas com Problemas por Uso de Álcool e outras Drogas.

A gestão democrática e participativa prevista na Política deve se dar mediante a execução das diretrizes pactuadas, objetivando principalmente manter a integração com os Conselhos de Saúde locais (Estaduais e Municipais), bem como movimentos sociais, de forma a

levar as temáticas que envolvem a Saúde Mental e Atenção Psicossocial ao debate, com o objetivo de estabelecer diálogo com os representantes da população usuária e, conseqüentemente, construir um caminho para o controle e a participação social, tendo em vista que os Conselhos de Saúde são órgãos de absoluta relevância para a qualificação da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Estado, uma vez que estão estruturados na lógica colegiada, permanente e deliberativa.

No capítulo que trata do Financiamento, Prestação de Contas e Transparência, está previsto financiamento dos serviços de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas como devendo ser tripartite, acompanhando os preceitos do SUS, cabendo ao Estado destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da RAPS, prevendo, entre outras formas, formas de repasse fundo a fundo para o custeio e investimento das ações e serviços, incentivando aquilo que for entendido, no Plano Estadual de Saúde ou em pactuações outras, como prioritário e estratégico, considerando critérios de Qualidade na ação ou serviço prestado, atestada por indicadores previamente validados e Garantia de impacto regional na assistência e sujeito ao serviço de regulação do Estado. Ainda na competência do Estado, está financiar a implementação e manutenção de serviços estratégicos de abrangência regional como Ambulatórios Especializados em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas Regionais, Serviço Hospitalar de Referência em Hospitais Gerais Regionais e Serviços Residenciais Terapêuticos Regionais em cogestão com município.

Destaque-se ainda as competências de incentivar, por meio da Política de Incentivo Hospitalar, leitos para os cuidados em Saúde Mental e de pessoas com problemas por uso de álcool e outras drogas e de financiar a implantação de Equipes de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) com objetivo de apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

No tocante à prestação de contas, cabe às gestões estaduais e municipais da saúde propor critérios para as programações e para as

execuções financeiras orçamentárias vinculadas aos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação dos recursos.

2.4.6. Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS)

Objetivo Geral

Promover a formação e a qualificação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e comunidade, de forma articulada e em conformidade com as necessidades e transformação do trabalho, dos processos formativos e das práticas de educação permanente em saúde no Ceará.

Público-alvo

Gestores, trabalhadores, estudantes, docentes, conselheiros e usuários.

Documento Legal que estabelece a Política

Resolução nº 46/2022 (CESAU), publicada no DOE, Ano: XIV, nº 186, 14 de Setembro de 2022, e Resolução CIB/CE nº 104/2022, que dispõe pela aprovação da Política de Educação Permanente em Saúde.

Diretrizes

A Política Estadual de Educação Permanente em Saúde fundamenta-se nas seguintes diretrizes:

- Descentralização, regionalização, inclusão e integração para melhor atendimento à sociedade cearense.
- Comunicação e informação para a sociedade, em linguagens adequadas e acessíveis às pessoas com deficiência, por meios convencionais e mídias sociais, regionais e populares, que possibilitem o amplo acesso;
- Necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores devem ser pautadas pelas necessidades dos serviços.
- Ações educativas devem responder às demandas da gestão, melhoria dos processos de trabalho e bem estar dos trabalhadores.

- Gestão para resultados, voltada para o cidadão, objetivando padrões ótimos de eficiência, eficácia e efetividade.
- Processo de formação articulado a partir das necessidades identificadas, no contexto do trabalho na saúde e para a saúde.
- Formulação de agenda de prioridades de pesquisa na saúde com base nas necessidades da população, gestão, ensino e dos trabalhadores.
- Monitoramento e avaliação permanente e reordenada às necessidades sociais.
- Transparência nos atos administrativos, priorizando o interesse público, a informação e a comunicação.
- Análise do impacto das ações educativas nos serviços de saúde, centrado na satisfação do trabalhador e do usuário, bem como na mensuração de desempenho.

Área Responsável

Secretária Executiva de Atenção Primária e Política de Saúde (SEAPS), por meio da Coordenadoria da Política de Educação Permanente e Pesquisa em Saúde (COEPS) e Célula de Apoio a Rede de Ensino e Pesquisa em Saúde (CEREP).

Resultados Alcançados (2019-2022)

- Formulação, implantação e apoio no desenvolvimento da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde - Resolução nº 46/2022.
- Institucionalização da Rede Estadual Saúde Escola no Estado do Ceará – Portaria nº 800/2022.
- Institucionalização das Diretrizes para Regulação das Práticas de Ensino na Saúde - Portaria nº 044/2022.
- Institucionalização da Câmara Técnica de Gestão das Práticas de Ensino na Saúde (CT GPES) - Portaria nº 264/2022.
- Criação do Comitê de Ética em Pesquisa da SESA – Portaria nº 801/2022.
- Institucionalização das Diretrizes para Extensão – Portaria nº 810/2022.

- Reorganização do fluxo de anuência para realização de pesquisas na Rede SESA.
- Desenvolvimento dos projetos:
 - Avaliação dos cenários de Práticas das unidades da Rede SESA, cooperação técnica com a Fiocruz Ceará.
 - Análise da Política de Educação Permanente em Saúde, cooperação técnica com o programa de pós-graduação em Saúde Pública da UFC.
- Atualização do Plano Cearense de Educação Permanente em Saúde.
- Gerenciamento do Sistema de Regulação das Práticas de Ensino na Saúde (SIS RPES);
- Acompanhamento de 22.186 solicitações para realização de práticas de ensino nas unidades da Rede SESA, em 23 cenários de práticas e 21 instituições de ensino, no ano de 2022.
- Retomada da Comissão de Integração Ensino – Serviço (CIES) Estadual.
- Convênio com a UFC para realização do Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas, ofertando 25 vagas para colaboradores da SESA.
- Formalização de convênios com Instituições de Ensino (superior e técnico) para realização de práticas de ensino nas unidades da Rede SESA.
- Apoio aos hospitais de ensino, hospitais universitários e unidades auxiliares de ensino da Rede SESA por meio de suas áreas de Ensino, Pesquisa e Extensão.
- Execução dos Planos de Trabalhos para reestruturação e modernização dos Centros de Estudos das unidades da Rede SESA.
- Incentivo ao aprimoramento e aperfeiçoamento das práticas dos profissionais da Rede SESA, ofertando 323 vagas nos seguintes congressos: XI Congresso Norte e Nordeste de Geriatria e Gerontologia (127 vagas), 41º Congresso Norte e Nordeste de Cardiologia (96 vagas), VI Congresso Cearense de Infectologia (100 vagas).
- Participação e Aprovação do Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET SAÚDE

2022/2023) – Projeto: Pet-Saúde: Gestão e Assistência UECE/SESA/SMSF.

- Participação na Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (CTGTES) do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS).
- Participação na Câmara Técnica de Educação Permanente da Comissão de Intergestores Bipartite do Ceará (CIB CE);
- Participação no Grupo Condutor das seguintes Políticas: Política Estadual de Transplantes, Saúde do Trabalhador, Pessoa com deficiência e no Plano Estadual de Atenção à Oncologia.
- Participação no grupo de trabalho para atendimento de pacientes com fissura palatina / Apoio na formação dos profissionais.

2.5 Gestão do Trabalho

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, instituiu por meio do Decreto nº 35.599, de 27 de julho de 2023 duas coordenadorias estratégicas para o fortalecimento das áreas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Atualmente, compõem a sua estrutura organizacional a Coordenadoria de Gestão Estratégica e Desenvolvimento de Pessoas (COGEP), atuando com referência nas áreas de desenvolvimento, qualidade de vida e saúde no trabalho, provimento, seleção e regulação do trabalho na saúde, e a Coordenadoria de Políticas de Educação, Trabalho e Pesquisa em Saúde (COEPS), que tem dentre suas principais competências promover a ordenação da formação de recursos humanos para o SUS Ceará e a formulação de políticas orientadoras de gestão de trabalho e educação na saúde. Nesse sentido, requer o desenvolvimento de iniciativas e estratégias que visam o fortalecimento destas áreas, fortalecendo a adequação da formação às necessidades do SUS/CE e a humanização das relações e processos de trabalho.

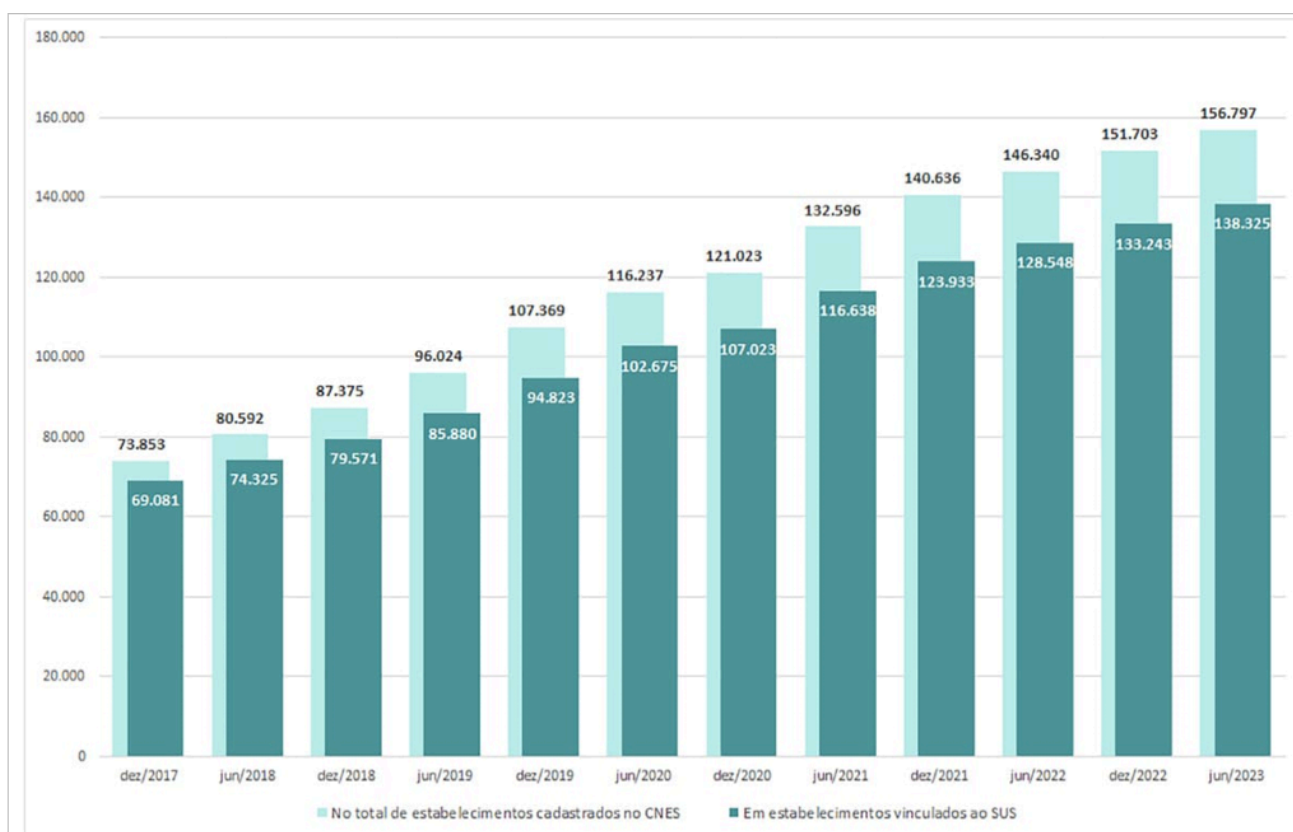
A dimensão “Trabalho na Saúde”, é uma questão complexa na perspectiva estadual, pois é composta pela força de trabalho dos serviços e instituições da rede própria da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), a qual tem diversos modelos de gestão, que por sua vez possui diversas formas de contratação de pessoas. E, pela força de trabalho em saúde, composta por todos os serviços privados ou públicos que não são da gerência da SESA. Deste modo, exige integração e colaboração em todos os níveis de planejamento, ação e um grande esforço da equipe de elaboração deste documento para a identificação e coleta de dados e informações.

Com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de Postos de trabalho em estabelecimento de Saúde - dez/2017 a jun/2023, identificou-se que atualmente o estado do Ceará conta com 156.797 postos, sendo 138.325 postos em estabelecimentos vinculados ao SUS. Observa-se ainda a maior concentração destes postos na capital e na região norte do Estado.

Vale destacar que, “posto de trabalho” compreende um espaço que um ou mais trabalhadores ocupam num determinado serviço ou instituição em períodos alternados. Desta forma, podem haver

diferenças entre o número de postos de trabalho e o número de trabalhadores nas instituições e serviços de saúde.

Figura 86 - Postos de trabalho segundo em estabelecimentos de saúde dezembro de 2017 a junho de 2023 (dez-2017/jun-2023).



Fonte: Caderno de informações |Ce. Curso de atualização Planejamento da gestão do trabalho e educação na saúde.

Estes postos de trabalho estão distribuídos em unidades estaduais de saúde (ambulatoriais e hospitalares) e postos de trabalho de gestão. E unidades municipais envolvendo diversas unidades de saúde como as unidades da família, ambulatórios, hospitais.

A SESA possui 6.719 servidores efetivos, 975 servidores cedidos de outras esferas e 6.158 agentes comunitários de saúde. Além destes, ainda contabiliza-se 574 cargos em comissão, 5.197 trabalhadores por meio de contratos de terceirização e 137 contratos de prestação de serviço por meio de cooperativas.

Além do corpo funcional ligado a gestão da SESA e de suas unidades de vinculação direta, conta com o corpo funcional do ISGH com a rede de UPAS e Hospitais, tem também as unidades gerenciadas através de consórcio público que são as policlínicas e os CEOs. Segue abaixo a distribuição destes profissionais por região de saúde.

Tabela 12 - Distribuição dos trabalhadores da saúde do Ceará por nível de formação, segundo as regiões de saúde. Fortaleza, 2022

NÍVEL	LITORAL LESTE/JAGUARIBE		SERTÃO CENTRAL		CARIRI		SOBRAL		FORTALEZA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SUPERIOR	2.220	4,7	2.353	4,9	6.563	13,8	6.505	14	30.012	63,0	47.652	33,4
TÉCNICO	1.676	5,0	2.362	7,1	4.147	12,4	5.654	16,9	19.565	58,6	33.404	23,3
ELEMENTAR	1.392	7,6	1.717	9,4	3.656	20,0	4.741	25,9	6.773	37,1	18.279	12,8
PESSOAL ADMINISTRATIVO	2.495	5,7	3.333	7,6	5.221	12,0	1.1163	25,6	21.359	49,0	43.571	30,5
TOTAL	7.783	5	9.765	7	19.587	14	28.064	20	77.714	54	142.913	100

Fonte: TABNET/DATASUS (dezembro/2022).

O estado do Ceará possui seis unidades hospitalares e seis unidades de pronto atendimento gerenciadas pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). Esses estabelecimentos possuem um total de 7620 trabalhadores de saúde, dos quais 43% são profissionais da saúde. Dentre estes profissionais de saúde, 47% são médicos, 30,6% são enfermeiros e 9,6% são fisioterapeutas.

O ISGH é uma instituição privada sem fins lucrativos, que se qualifica como Organização Social de Saúde (OSS). A OSS é um modelo de gestão da saúde, em que parcerias público-privadas (PPP) são concretizadas por meio de contratos de gestão. A SESA tem um contrato de gestão para unidades hospitalares e ambulatoriais, sendo seis unidades hospitalares Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara, Hospital Regional do Cariri, Hospital Regional Norte, Hospital Regional do Sertão Central, Hospital Estadual Leonardo da Vinci, Hospital Regional Vale do Jaguaribe; e sei unidades ambulatoriais, Unidade de Pronto Atendimento da Praia do Futuro, Unidade de Pronto

Atendimento de Messejana, Unidade de Pronto Atendimento do Canindezinho, Unidade de Pronto Atendimento do José Walter, Unidade de Pronto Atendimento do Autran Nunes, Unidade de Pronto Atendimento do Conjunto Ceará.

Existem no Ceará, um total de 22 policlínicas de gestão estadual, com uma força de trabalho composta por 1001 trabalhadores da saúde. Dentre estes, 40% são profissionais de saúde, em sua maioria pertencentes à categoria médica (37%), seguido pela enfermagem (17%) e fisioterapia (14%).

Nesse sentido, considerando os modelos de gestão e contratação de pessoas faz-se necessário apontar a problemática dos vínculos fragilizados, que precisa ser reavaliada para buscar uma solução de melhorias dessa situação, na perspectiva da redução de danos que essas condições impactam no trabalho e na qualidade da prestação dos serviços de saúde para a população cearense.

2.6 Educação na Saúde

Dentre diversas competências do Sistema Único de Saúde destaca-se a de “ordenar a formação de recursos humanos”. Destaca-se que “Ordenar” envolve colocar em ordem, organizar, dispor de forma organizada, assim como, exigir, como autoridade superior, que se cumpra algo. Esse “algo” envolve atributos intersetoriais com os setores da Educação, da Ciência, Tecnologia e Inovação, da Cultura e outros.

O termo “Educação na saúde” consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. No estado do Ceará, a educação na saúde caracteriza-se pela formação de pessoal em saúde nos diversos níveis (técnico, graduação e pós graduação) e modalidades (presencial e a distância).

Ao longo dos tempos o Ceará vem no exercício da ordenação da educação na saúde por meio da organização política por meio da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, Política Nacional de Educação Popular em Saúde, articulação com as Escolas de saúde Pública, estadual e municipais, articulação com as Instituições de

ensino, das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), Rede Estadual Saúde Escola, das ações de organização administrativa da regulação de práticas de ensino na saúde, estímulo à produção científica e tecnológica para a área, extensão em saúde, e diversas outras ações para que contemplem a área da educação na saúde, atentando para os diversos cenários de formação na saúde.

A Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), foi aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará (Cesau-CE), em junho de 2022, por meio da Resolução Cesau Nº 46/2022, com o objetivo de Promover a formação e a qualificação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e comunidade, de forma articulada e em conformidade com as necessidades e transformação do trabalho, dos processos formativos e das práticas de educação permanente em saúde no Ceará.

Os cenários de prática de ensino na saúde são espaços onde são realizadas as atividades de ensino e pesquisa, estágios, extensão, residências, intercâmbios ou de apoio à gestão e formação em saúde, pelos estudantes e docentes das instituições de ensino e demais profissionais de saúde. Estes espaços articulam e promovem a integração ensino-serviço. E, estas práticas pedagógicas, por sua vez, ocorrem de modo a fortalecer os serviços de saúde por meio de competências e habilidades que podem ser otimizadas nos cenários de prática do SUS.

2.6.1. Região Fortaleza

A Região de Fortaleza está localizada a Oeste do estado, sendo suas Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS) e respectivas populações estimadas para 2021: Fortaleza (2.878.668 habitantes); Caucaia (633.621 habitantes); Maracanaú (555.464 habitantes); Baturité (141.411 habitantes); Itapipoca (305.287 habitantes) e Cascavel (338.062 habitantes), que totalizam 4.852.513 habitantes ou, em outros números, 52,5% da população do Ceará (DATASUS/Tabnet).

Com relação às instituições de ensino presentes na região, observa-se que a ADS Fortaleza (Fortaleza, Eusébio, Itaitinga e Aquiraz) concentra um quantitativo bastante expressivo, compreendendo 169

instituições de ensino, o que faz com que a ADS o que se caracteriza como um potente polo de formação.

Ressalta-se que a região de Fortaleza possui um vasto campo de cenário de práticas, totalizando 7.849 equipamentos da saúde para o desenvolvimento do ensino-aprendizagem dos trabalhadores e acadêmicos. Na região, as unidades de saúde e serviços de saúde concentram-se principalmente na região da ADS Fortaleza com 6.424, ADS de Caucaia com 426 e ADS Maracanaú com 342 equipamentos, respectivamente.

Os municípios que ofertam programas de residências em saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) são: Fortaleza, Horizonte, Caucaia, São Gonçalo do Amarante, Itapipoca e Guaiúba.

Tabela 13 - Número de instituições de ensino e cursos técnicos, graduações e pós graduação por região de saúde. Fortaleza, 2022

Região de Saúde	Nº de Instituições de Ensino	Nº cursos técnicos	Nº Cursos de graduação	Nº cursos de pós-graduação
Fortaleza	255	147	157	390

Fonte: Relatório RESE 2022. ESP/CE.

2.6.2. Região Norte

A Região Norte localiza-se no noroeste do estado do Ceará e possui um total de 55 municípios, distribuídos nas ADS Sobral (658.512 habitantes), Acaraú (235.126 habitantes), Tianguá (324.726 habitantes), Crateús (300.372 habitantes) e Camocim (158.905 habitantes), populações estimadas para 2021 que totalizam 1.677.641 habitantes, representando 18% da população do Estado (DATASUS/Tabnet).

De acordo com levantamento feito pelos articuladores do Projeto Rede Estadual Saúde Escola, a Região Norte possui uma diversidade de Instituições de Ensino ao longo do seu território, contando com programas de residência da Escola de Saúde Pública do Ceará e da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Encontra-se na região, também, cursos da área de saúde na modalidade EAD (Educação à Distância), exigindo maior atenção em relação à forma que esses cursos são ofertados aos estudantes.

Tabela 14 - Número de instituições de ensino e cursos técnicos, graduações e pós graduação por região de saúde. Região Norte, 2022

Região de Saúde	Nº de Instituições de Ensino	Nº cursos técnicos	Nº Cursos de graduação	Nº cursos de pós-graduação
Norte	63	18	28	259

Fonte: Relatório RESE 2022. ESP/CE.

2.6.3. Região Cariri

A Região do Cariri está localizada na posição sul do estado onde se integra o Cariri e o Centro-Sul. O Cariri abrange 45 municípios, organizados nas ADS Juazeiro do Norte (434.471 habitantes), Crato (352.150 habitantes), Iguatu (325.708 habitantes), Brejo Santo (217.621 habitantes) e Icó (173.298 habitantes), as quais totalizam uma população estimada de 1.503.248 habitantes em 2021.

De acordo com levantamento feito no site do EMEC – Sistema de Regulação do Ensino Superior, a Região Cariri possui 52 instituições de ensino com 57 cursos de graduação e 68 cursos técnicos. Além disso, a região conta com 95 cursos de pós-graduação em diversas áreas de aprendizagem, totalizando uma vasta área de desenvolvimento educacional com oferta equilibrada de vagas nos diversos quesitos apresentados na tabela.

Ademais a Região Cariri possui 16 programas de residência, um programa de Residência Integrada em Saúde em Milagres e um programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva na ADS de Iguatu. Os demais programas estão concentrados na ADS de Crato e na Superintendência de Juazeiro do Norte. Na ADS de Crato apresentam-se programas de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica. Na Superintendência de Juazeiro do Norte há residência de Cirurgia (Área Básica), Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina geral de família e de comunidade, Patologia, Pediatria, Cirurgia geral, Medicina Intensiva, Medicina de Emergência, Radiologia e Residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia.

Tabela 15 - Número de instituições de ensino e cursos técnicos, graduações e pós graduação por região de saúde. Fortaleza, 2022

Região de Saúde	Nº de Instituições de Ensino	Nº cursos técnicos	Nº Cursos de graduação	Nº cursos de pós-graduação
Cariri	52	68	57	95

Fonte: Relatório RESE 2022. ESP/CE.

2.6.4. Região Sertão Central

A Região de Saúde do Sertão Central está localizada na Mesorregião dos Sertões Cearenses, no semiárido nordestino, e é constituída por 20 municípios cearenses, com população estimada em 2021 de 655.267 habitantes, distribuídos nas ADS Canindé Quixadá (329.685 habitantes), (209.500 habitantes) e Tauá (116.082 habitantes), representando 7% da população do estado do Ceará.

O relatório demonstra a presença de 14 instituições de ensino, menor número quando comparado aos quantitativos das outras regiões. Ademais, a região possui 8 cursos técnicos, 11 cursos de graduação e 25 cursos de pós-graduação. Essa região possui os seguintes programas de residência: Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Residência Médica em Psiquiatria, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Neonatologia e Residência Multiprofissional em Urgência e emergência.

Tabela 16 - Número de instituições de ensino e cursos técnicos, graduações e pós graduação por região de saúde. Fortaleza, 2022

Região de Saúde	Nº de Instituições de Ensino	Nº cursos técnicos	Nº Cursos de graduação	Nº cursos de pós-graduação
Sertão Central	14	8	11	25

Fonte: Relatório RESE 2022. ESP/CE.

2.6.5. Região Litoral Leste/Jaguaribe

A Região do Litoral Leste-Jaguaribe está localizada entre o litoral leste e o semiárido nordestino, sendo composta por um total de 20 municípios e com população estimada de 551.911, em 2021, representando 6% da população do estado do Ceará. Divide-se nas ADS

de Limoeiro do Norte (228.965 habitantes), Russas (202.691 habitantes) e Aracati (120.255 habitantes).

De acordo com o relatório apresentado, a região Litoral Leste/Jaguaribe apresenta uma desproporção do número de cursos técnicos quando comparado ao número de cursos de graduação, 107 e 31 cursos, respectivamente. Essa região apresenta 27 instituições de ensino e 73 cursos de pós-graduação. A região possui 5 programas iguais de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental Coletiva pela ESP: 2 programas na ADS de Russas, 2 na ADS de Aracati e 1 na ADS de Limoeiro do Norte.

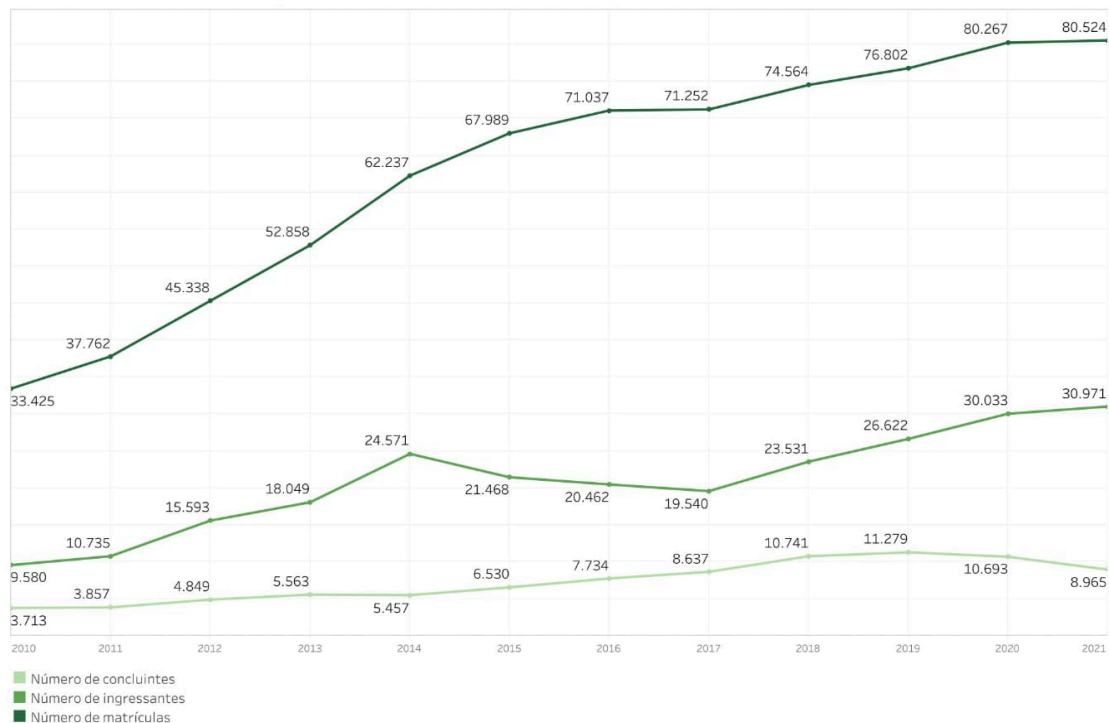
Tabela 17 - Número de instituições de ensino e cursos técnicos, graduações e pós graduação por região de saúde. Fortaleza, 2022

Região de Saúde	Nº de Instituições de Ensino	Nº cursos técnicos	Nº Cursos de graduação	Nº cursos de pós-graduação
Litoral Leste/Jaguaribe	27	107	31	73

Fonte: Relatório RESE 2022. ESP/CE.

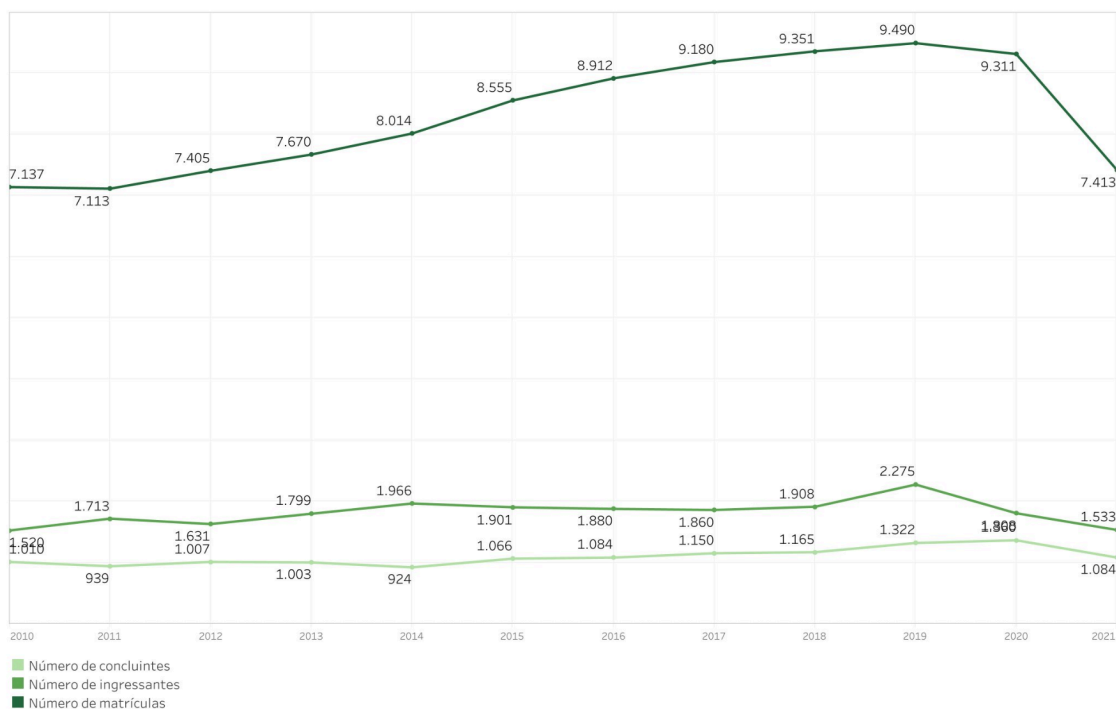
Num panorama estadual acerca da formação na saúde identificou-se o número de ingressantes e concludentes de cursos da saúde conforme gráfico abaixo. Nesse gráfico fica evidente o número crescente de matrículas, o número crescente de ingressantes, nos últimos cinco anos, porém decrescente de concludentes.

Figura 87 - Evolução do número de matrículas de ingressantes e concluintes em cursos presenciais de graduação na área da saúde (2010-2021)



Seguindo na observação dos dados estaduais é importante destacar a diferença de matriculados e concludentes dos cursos da saúde entre instituições de ensino públicas e privadas. Identifica-se a queda vertiginosa nas matrículas nos cursos na saúde em instituições de ensino públicas.

Figura 88 - Evolução do número de matrículas de ingressantes e concluintes em cursos presenciais de graduação na área da saúde por IES públicas (2010-2021)



Nesse sentido, destaca-se a necessidade de investimentos nas universidades públicas, por meio de estratégias que garantam a manutenção e conclusão dos estudantes ingressos nos cursos, assim como estratégias de absorção desses estudantes nos serviços de saúde.

Observando o que determina a CF/88, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, quanto ao ordenamento da formação em saúde e gestão do trabalho no SUS é responsabilidade de gestão da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, por meio da Secretaria Executiva de Políticas de Saúde (SEPOS). A partir de 2021, e em cumprimento do PCEPS 2018-2022, foi iniciada a assessoria técnica, por meio de um projeto desenvolvido pela ESP/CE para implantação da Rede Estadual Saúde Escola (RESE). A RESE tem como objetivo transformar toda Rede de Atenção à Saúde (RAS), gestão e controle social em espaço de formação para os futuros trabalhadores de saúde, e para o desenvolvimento profissional de todos os envolvidos com a qualidade da atenção e coordenação do sistema.

O Projeto Rede Estadual Saúde Escola (RESE) realizou a implantação e/ou implementação do Núcleos Regionais de Educação Permanente em Saúde (NUREPS) e Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde (NUMEPS), sendo 5 NUREPS e 93 NUMEPS. Ao mesmo tempo também foi implantada a Coordenadoria da Política de Educação Permanente e Pesquisa em Saúde (COEPS) na estrutura organizacional da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará para dar conta da gestão da Educação Permanente em Pesquisa em Saúde no Ceará.

Tabela 18 - Cenário de gestão da Educação Permanente em Saúde no Ceará. Fortaleza, 2022

Região	NUREPS	Nº NUMEPS/ Municípios
Norte	Sobral	15 Sobral, Acaraú, Tianguá, Camocim, Granja, Crateús, Ipueiras, Jijoca de Jericoacoara, Independência, Nova Russas, Novo Oriente, Bela Cruz, Reriutaba, Frecheirinha, Guaraciaba do Norte.
Fortaleza	Fortaleza	28 Caucaia, São Gonçalo do Amarante, Guaiúba, Pacatuba, Horizonte, Chorozinho, Pacajus, Cascavel, Beberibe, Ocara, Pindoretama, Uruburetama, Mirafima, Tururu, Trairi, Maranguape, Eusébio, Umirim, Itapipoca, Redenção, Paracuru, Tejuçuoca, Maracanaú, Itaitinga, Acarape, Fortaleza, Palmácia e Aquiraz.
Sertão Central	Quixadá	20 Quixadá, Quixeramobim, Banabuiú, Choró, Ibaretama, Ibicuitinga, Milhã, Pedra Branca, Senador Pompeu, Solonópole, Tauá, Aiuaba, Arneiroz, Parambu, Canindé, Boa Viagem, Caridade, Itatira, Madalena e Paramoti.
Litoral leste/Jaguaribe	Limoeiro do Norte	20 Russas, Jaguaratama, Jaguaruana, Morada Nova, Palhano, Limoeiro do Norte, Alta Santo, Ererê, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Pereiro, Potiretama, Quxerê, S. João do Jaguaribe, Taboleiro do Norte, Aracati, Fortim, Icapuí e Itaíçaba
Cariri	Juazeiro do Norte	10 Crato, Barbalha, Juazeiro do Norte, Iguatu, Brejo Santo, Orós e Milagres. Cedro, Lavras da Mangabeira e Baixo
Total	-	93

Fonte: Relatório de Gestão do Projeto Rede Saúde Escola (DEZ/2022).

Descrição: Apresentar uma visão abrangente da situação da educação na saúde no estado, como está organizada e administrada (NUMEPS e NUREPS), bem como as demandas da sociedade e prospecções de ações.

Diante de toda a complexidade identificada nesta síntese analítica da situação do trabalho e educação na saúde no Ceará fica clara a necessidade de integrar as áreas, os serviços e as pessoas para pensar ações que visem o desenvolvimento, a valorização das pessoas e

do trabalho na saúde para melhoria contínua da organização e funcionamento da rede de atenção à saúde e o acesso aos serviços de qualidade pelos usuários.

2.7 Dimensão da Participação Social e Cidadã

2.7.1. Encontros Regionais do Plano Plurianual 2024-2027

A construção do Plano Plurianual - PPA 2024-2027, teve como base, quatro premissas:

- Gestão Pública para Resultados;
- Participação Cidadã;
- Promoção de Desenvolvimento Territorial e Sustentável, Econômico, Social e Ambiental;
- Intersetorialidade e Transversalidade das Políticas Públicas.

A Participação Cidadã tem como produto as Diretrizes Regionais priorizadas pela Sociedade para o próximo quadriênio, neste sentido é um espaço de interação entre o Estado e o cidadão, com vistas à efetividade das políticas públicas, em um processo de planejamento participativo que extrapola as propostas de campanha.

Com o objetivo de definir e priorizar as diretrizes para o desenvolvimento regional, diretrizes estas que subsidiaram os órgãos na efetivação do planejamento estadual de médio prazo - PPA 2024-2027 -, a Participação Cidadã ocorreu em duas etapas de escuta direta da população, sendo a primeira de modo presencial e a segunda de modo virtual.

A Etapa Presencial consistiu nos encontros realizados em cada uma das 14 Regiões de Planejamento do Estado e teve como público-alvo lideranças comunitárias, representantes de instâncias de controle social, ONGs, sindicatos, categorias profissionais, da iniciativa privada e etc, além do cidadão comum. Para o Tema Saúde, totalizou-se em 240 propostas.

A Etapa Virtual, por meio da plataforma digital Ceará Participativo [cearaparticipativo.ce.gov.br], momento no qual a população teve a oportunidade de eleger quais das diretrizes

elaboradas nos encontros presenciais seriam prioritárias para a Região, e também sugerir novas propostas.

Para o Tema Saúde, 30 Diretrizes Regionais foram priorizadas pela plataforma digital, o que corresponde a 21% do total das 140 prioridades elencadas para o PPA 2024-2027, destas, 26 diretrizes foram declaradas como entregas ou metas no instrumento de planejamento, contemplando 86% das propostas..

Diretrizes Regionais Priorizadas na etapa da Plataforma Digital

I. Região Cariri

- Implantar hospital universitário, em convênio com o curso de medicina da Universidade Regional do Cariri (Urca).
- Garantir o piso salarial dos cirurgiões dentistas.
- Ampliar as unidades de saúde, principalmente em emergência e urgência.
- Ampliar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).
- Implantar um hospital de saúde mental na região

II. Região Centro-Sul

- Implantar o Hospital Regional, com as especialidades materno-infantil, traumatologia, neurologia, cardiologia e oncologia, de média e alta complexidade, entre as Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS) de Icó e Iguatu.

III. Região Grande Fortaleza

- Fortalecer a rede de cuidados das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), por meio da ampliação da rede assistencial e das equipes multidisciplinares.

IV. Região Litoral Leste

- Fortalecer os serviços de oncologia, traumatologia, parto de alto risco e cirurgias nos hospitais regionais.

V. Região Litoral Norte

- Ampliar o acesso aos serviços especializados ambulatoriais no consórcio regional.
- Implantar serviços regionais de ortopedia, traumatologia, neurologia, nefrologia, e oncologia ambulatorial e hospitalar.

VI. Região Litoral Oeste / Vale do Curu

- Implantar hospital regional.
- Garantir o financiamento para reforma e aquisição de equipamentos para o hospital regional.

VII. Região Maciço de Baturité

- Fortalecer a atenção secundária e terciária à saúde, como hospitais polo e de pequeno porte, policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), inclusive pela implantação de um hospital regional do Maciço de Baturité.
- Fortalecer e implementar as ações de vigilância em saúde, por meio da implantação de centros de zoonoses, centros de referência para leishmaniose e matadouros habilitados.
- Promover a integração intersetorial para a garantia das necessidades básicas em saúde, como saneamento básico e estradas de acessos de qualidade.

VIII. Região Ibiapaba

- Implantar um Hospital Regional da Serra da Ibiapaba.
- Apoiar as comunidades indígenas na utilização das plantas medicinais.

IX. Região Sertão Central

- Implantar serviços de oncologia do Hospital Regional do Sertão Central

X. Região Sertão de Canindé

- Implantar Hospital Regional do Sertão de Canindé.
- Implantar um centro de saúde regional para pacientes autistas, com tratamento multiprofissional, como

odontologia, fisioterapia, psicologia e neurologia, e terapias educacionais e ocupacionais.

XI. Região Sertão de Sobral

- Ampliar equipes de médicos nos hospitais e postos de saúde
- Reestruturar a rede de hematologia e hemoterapia na região, com implantação de uma nova sede ou uma reforma do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (Hemoce) Regional, melhoria na frota de transporte e renovação de mobiliário e equipamentos.

XII. Região Sertão dos Crateús

- Implantar pontos de apoio à saúde primária nas zonas rurais.
- Ampliar e garantir a frota do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), na modalidade do suporte avançado.

XIII. Região Sertão dos Inhamuns

- Implantar o Hospital Regional do Sertão dos Inhamuns.
- Melhorar o incentivo para os hospitais de pequeno porte.

XIV. Região Vale do Jaguaribe

- Ampliar e fortalecer as redes de atenção primária, secundária e terciária de saúde.
- Ampliar o atendimento dos serviços de urgência e emergência, em todos os municípios.
- Ampliar a oferta de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).
- Viabilizar transporte adequado aos pacientes com necessidades específicas, como tratamentos para câncer, hemodiálise e pessoas atípicas, com deficiência e mobilidade limitada.

2.7.2. 10º Conferência Estadual da Saúde

As Conferências de Saúde são espaços que reúnem todos os segmentos representativos da sociedade, para debater e avaliar a situação de saúde, propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo. É convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde, quando 50% + 1 dos integrantes do Colegiado conclamam as conferências, que devem acontecer a cada 4 anos e realizadas nas esferas municipal, estadual e federal.

Se consolidam como o maior espaço de debate, formulação e avaliação das políticas de saúde e está prevista na Lei nº 8.142/90 da Constituição Federal.

O Conselho Estadual de Saúde do Ceará (Cesau/CE) realizou nos dias 29 a 31 de maio de 2023, a 10ª Conferência Estadual de Saúde do Ceará (10ª CES), que teve como tema central “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã vai ser outro dia”.

Na etapa municipal os 184 municípios do Ceará realizaram suas conferências e estavam mobilizados na construção de propostas com o pensamento em uma nova formulação para as Políticas de Saúde. Além das etapas municipais, também aconteceram as etapas regionais, que contaram com a participação de cerca de 1.800 pessoas delegadas, dessas 880 participaram da etapa Estadual.

A 10ª CES discutiu os respectivos eixos temáticos:

- Eixo 1: O Brasil que temos. O Brasil que queremos;
- Eixo 2: O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas;
- Eixo 3: Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia;
- Eixo 4: Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas;

A referida conferência homenageou dez personalidades com a comenda Chico Passeata de Mobilização Social, que é concedido às pessoas com trabalho e compromisso focadas na interferência positiva

dos determinantes sociais, promovendo melhoria da saúde e qualidade de vida da população cearense e ex-presidentes do Cesau/CE.

Ressalta-se a valiosa contribuição dessa etapa estadual, visto que, o Relatório da 10ª Conferência Estadual de Saúde, formaliza as **Propostas Aprovadas** para a etapa Nacional, bem como o encaminhamento dessas à Secretaria Executiva de Planejamento e Gestão Interna (SEPGI) da Sesa. No intuito, de compor as bases propositivas e subsidiar as prioridades para os compromissos expressos no Plano Estadual de Saúde - PES 2024-2027.

Neste sentido foram elencadas 20 propostas, sendo que 5 propostas são de competência específica da esfera federal e 15 propostas de atuação estadual, com desdobramento de ações no nível municipal, em alguns casos. Em relação às 15 propostas, somente uma proposta precisará ser ampliada sua discussão considerando análise de viabilidade e custo-efetividade, as demais foram contempladas no Plano Estadual de Saúde seja como meta, plano de ação ou projeto estratégico alcançando 93% do universo de propostas. Relacionamos abaixo as propostas da 10ª Conferência Estadual de Saúde.

1. Ampliar o financiamento de medicamentos especializados a nível Estadual e Nacional (medicamentos essenciais e do componente especializado).
2. Fortalecer a Atenção Básica pautada na Universalidade, territorialidade e equidade com investimento tripartite em infraestrutura, ampliação de equipes e valorização do profissional de saúde.
3. Garantir a criação e a implementação de Comitê intersetorial, no âmbito das três esferas de governo, que fortaleça o acompanhamento e a articulação das várias áreas de atuação e movimentos sociais.
4. Fortalecer as Instâncias do Controle Social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação social no quesito das defesas, cuidados e fiscalização do patrimônio público e políticas públicas.
5. Efetivar e fortalecer as políticas para participação popular por meio da educação popular em saúde com as populações vulnerabilizadas

6. Garantir a organização e o funcionamento dos conselhos de saúde, com autonomia administrativa para o seu pleno funcionamento com dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva
7. Adotar estratégias de funcionamento dos conselhos de saúde por meio da promoção de debates sobre controle social e participação popular nas escolas. Realização de reuniões itinerantes.
8. Fortalecer as ações inerentes à Política de Saúde do Trabalhador.
9. Garantir e ampliar o financiamento para a política de saúde mental.
10. Garantir a ampliação, agilidade e financiamento com recursos Federais sistemáticos para realização de cirurgias eletivas respeitando as demandas territoriais.
11. Garantir o financiamento nas três esferas de governo para melhoria dos serviços de média e alta complexidade de forma a ampliar os hospitais regionais, com maior ofertas de leitos de UTI, aquisição de equipamentos, adequação da estrutura física, contratação de profissionais, fortalecendo o suporte aos municípios e com isso diminuindo a fila de espera da regulação.
12. Implantar/Implementar a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) para financiamento de hospitais com até 30 leitos
13. Implementar a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com garantia de financiamento integrada às Redes de Atenção à Saúde e como componente de cuidado na atenção primária à saúde da ESF.
14. Criar centros de referência do idoso de forma regionalizada com assistência integral à saúde e avaliação multidimensional, com atividades voltadas à educação em saúde, Práticas Integrativas Complementares em Saúde – (PICS) e educação popular em saúde garantindo processos teórico-práticos, facilitados/promovidos por equipes multiprofissionais, fortalecendo assim a Política de Saúde para pessoas idosas.

15. Implantar políticas públicas que tornem obrigatório ao menos um profissional intérprete de Libras nos serviços de saúde (básica, média e alta complexidade), visando a acessibilidade da comunidade surda. (NECESSÁRIO ANÁLISE DE VIABILIDADE ENTRE OS ENTES FEDERADOS).

Destaca-se portanto, que a 10ª Conferência Estadual de Saúde, trouxe essencialmente conforme a legislação, a **ausculta da sociedade** expressas nas propostas, e alinhadas às Diretrizes e Objetivos na agenda estratégica orientadora da gestão para o quadriênio 2024-2027.

Cabe aqui, reservar um espaço para novamente contemplarmos o pioneirismo do Conselho Estadual de Saúde do Ceará - Cesau/CE quanto a realização da 9ª Conferência Estadual de Saúde – 9ª CES, a qual realizou-se, nos dias 29 e 30 de outubro, tendo como tema a Regionalização da Saúde e Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) e a nova composição do Cesau/CE.

O pioneirismo deu-se devido a realização do evento ter ocorrido forma virtual com transmissão pela plataforma Zoom, das 8 às 17h, possibilitando a participação da população a Conferência pelo canal no Youtube do Conselho, efetivando assim a primeira conferência estadual de saúde no país remotamente.

2.7.3. Ouvidoria

A Ouvidoria Geral da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará faz parte da rede setorial de Ouvidorias do Poder Executivo Estadual, vinculada à Controladoria e Ouvidoria Geral do Estado (CGE), regulamentada pelo Decreto nº 30.939, de 10 de janeiro de 2012 e pelo Decreto nº 33.485, de 21 de fevereiro de 2020. Além de integrar o Sistema Nacional de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculado ao Ministério da Saúde.

Como canal de mediação entre o poder público estadual e o cidadão, a Ouvidoria Geral da Sesa é um instrumento de gestão voltado para o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelo sistema de saúde no âmbito do Estado, sendo vinculada ao Gabinete da Secretária da Saúde.

Atua ainda na coordenação da Rede de Ouvidorias, atualmente formada pelas ouvidorias setoriais existentes nas unidades assistenciais da Secretaria, nas Superintendências Regionais, nas Coordenadorias das Áreas Descentralizadas de Saúde, nas unidades assistenciais de saúde qualificadas como organização social e nas unidades assistenciais de saúde dos consórcios públicos, totalizando 77 ouvidorias setoriais, incluindo o nível central.

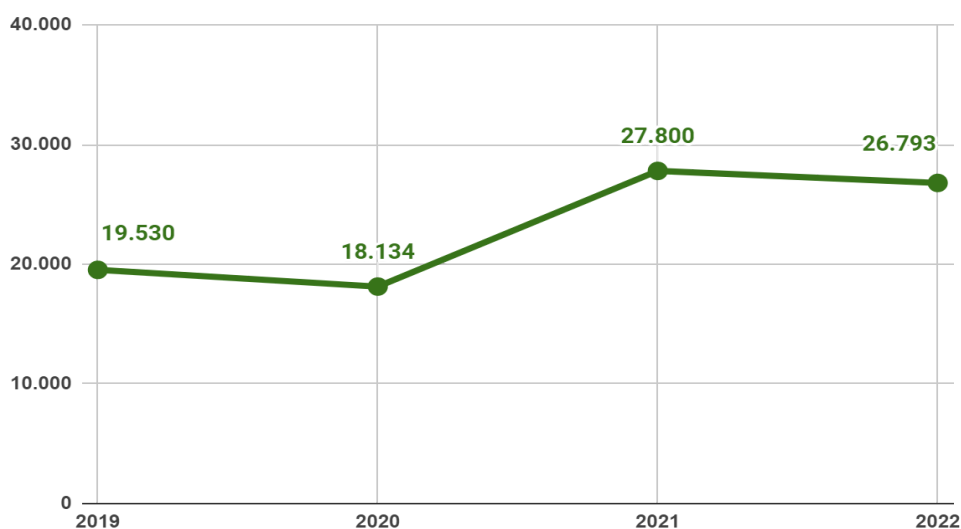
As Ouvidorias da Rede Sesa são regulamentadas pela Portaria nº 3240/2012 e trabalham de forma articulada, estabelecendo vínculo técnico com a Ouvidoria Geral, seguindo o mesmo padrão de fluxo e processos de trabalho. Elaboram relatórios com a síntese das manifestações dos usuários para subsidiar a tomada de decisões dos gestores e conselheiros de saúde, tendo a qualidade do trabalho monitorada e avaliada pelos Indicadores de Qualidade, definidos na referida Portaria.

Ressaltamos que, as ouvidorias da Rede Sesa dispõem de sistema informatizado para inserção das manifestações, categorização e gerenciamento dos dados. As manifestações dos usuários seguem um fluxo previamente estabelecido, onde as manifestações, após analisadas e tipificadas, são encaminhadas formalmente ao setor competente. Durante este processo, há o acompanhamento da manifestação com o objetivo de repassar a resposta ao cidadão-usuário, obedecendo ao

prazo estabelecido no Decreto Estadual nº 33.485/2020, que é de 20 dias corridos, a contar da data de seu registro, podendo ser prorrogado por mais 10 dias, mediante justificativa circunstanciada da ouvidoria.

Destacamos a seguir, a evolução das manifestações registradas pelas Ouvidorias da Rede Sesa no quadriênio 2019 a 2022, onde observamos uma variação significativa no total das manifestações registradas entre 2020 e 2021, com ampliação de 9.666 manifestações, representando 53%, refletindo o cenário de pandemia existente nesse período, que levou a vários registros de manifestações. Os dados apontam ainda, uma variação de -4% no total das manifestações entre 2021 e 2022, com redução de 1.167 registros em 2022.

Figura 89 - Evolução das manifestações no quadriênio



3. Dimensão do Planejamento Regional

3.1. A regionalização e o processo de elaboração dos Planos de Saúde Regionais (PSR)

A Lei Estadual 17.006 - Lei de Integração das Regiões de Saúde, promulgada em 2019, representa um marco importante para a saúde pública no Ceará, dispondo sobre a integração, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), das ações e dos serviços públicos de saúde do Estado do Ceará e dos seus municípios, mediante arranjos organizacionais de regiões de saúde. Para efeitos desta Lei, considera-se:

- I. **Região de Saúde:** espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamento de municípios limítrofes que, em razão de suas dinâmicas epidemiológicas, geográficas, viárias, de comunicação, ambientais, políticas, socioeconômicas, integram suas ações e seus serviços de saúde com as do Estado em redes de atenção à saúde;
- II. **Planejamento Regional da Saúde:** processo dinâmico e contínuo de análise e propostas de ações e serviços públicos de saúde, em âmbito regional, que leva em conta, dentre outros aspectos, as diretrizes da conferência de saúde para o alcance de objetivos futuros e para a tomada de decisão orientada;
- III. **Plano de Saúde Regional:** documento elaborado pelos entes federativos de uma região de saúde, fundado no planejamento da saúde, orientador da implementação das políticas de saúde em âmbito regional, composto por avaliação situacional em saúde, diretrizes, objetivos, metas e indicadores regionais a serem alcançados a cada 4 (quatro) anos, e da programação geral e anual da saúde, além de processo de monitoramento e avaliação do plano regional em saúde;

No mesmo ano foi publicada a Portaria nº 2019/2108, que dispõe sobre os aspectos organizativos-operacionais das regiões de saúde, nos termos da Lei Estadual nº 17.006/2019, modificando a denominação das cinco macrorregiões de saúde passando a se configurar como regiões

de saúde, coordenadas pela Secretaria de Saúde do Estado, por meio das Superintendências Regionais de Saúde, em articulação com os municípios que as integram, nos seguintes termos:

1. Região de saúde de Fortaleza
2. Região de saúde do Cariri
3. Região de saúde do Sertão Central
4. Região de saúde do Litoral Leste Jaguaribe
5. Região de saúde de Sobral

De acordo com a Lei Estadual 17.006/2019, as regiões de saúde devem estabelecer as ações e serviços a serem prestados à população contendo, no mínimo: I – atenção básica; II – urgência e emergência; III – atenção psicossocial; IV – atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V – vigilância em saúde. Neste sentido, seu escopo de atuação deve contemplar:

- I. os limites geográficos;
- II. a população regional usuária;
- III. o rol de ações e serviços de saúde regionais, de acordo com a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – Renases, a Relação Nacional de Medicamentos – Rename e a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais – Remume;
- IV. as responsabilidades do Estado e do conjunto dos municípios integrados na região de saúde, ajustados em contrato;
- V. os critérios técnicos, epidemiológicos e administrativos de acessibilidade aos serviços, em todos os seus aspectos, de acordo com a ordem cronológica e o risco à saúde; e
- VI. a escala para a conformação dos serviços.

Ela institui o Plano de Saúde Regional como um instrumento orientador para a gestão do sistema de saúde em toda a região, considerando as especificidades do território, necessidades, capacidade instalada, resolutividade, densidade tecnológica e responsabilidades dos entes federativos.

Em 2022, o Estado do Ceará fez adesão ao Projeto de Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde - PROADI-SUS, conhecido por “Projeto de Regionalização”, como demanda do CONASS/ CONASEMS e MS,, instituindo, por meio de Resolução CIB, o Grupo Condutor Estadual (GCE) de forma tripartite e cinco Grupos Técnicos Regionais (GTR), este último com participação dos três entes, consórcios e representantes do Conselho Estadual de Estadual.

As atividades no GCE Ceará ocorrem com periodicidade mensal, em formato virtual ou presencial de acordo com a dinâmica do território atuando, durante a realização do Projeto, como mediador e articulador estadual das ações do projeto (proposição, planejamento e coordenação do espaço juntamente com os demais membros/representantes). São membros do GCE no Ceará: representantes da SESA, do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS) e da Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (SEINSF/SEMS), com apoio técnico e metodológico do articulador estadual.

Já os GTRs são espaços para condução dos processos de forma regional alinhado com o Grupo Condutor Estadual. Cada GTR tem um calendário de atividades, que acontecem em formato remoto ou presencial, de acordo com as necessidades locais. São membros do GTR: representantes da SESA, dos municípios, do Conselho Estadual de Saúde na região e da SEINSF/SEMS, com o apoio técnico metodológico do articulador estadual do projeto.

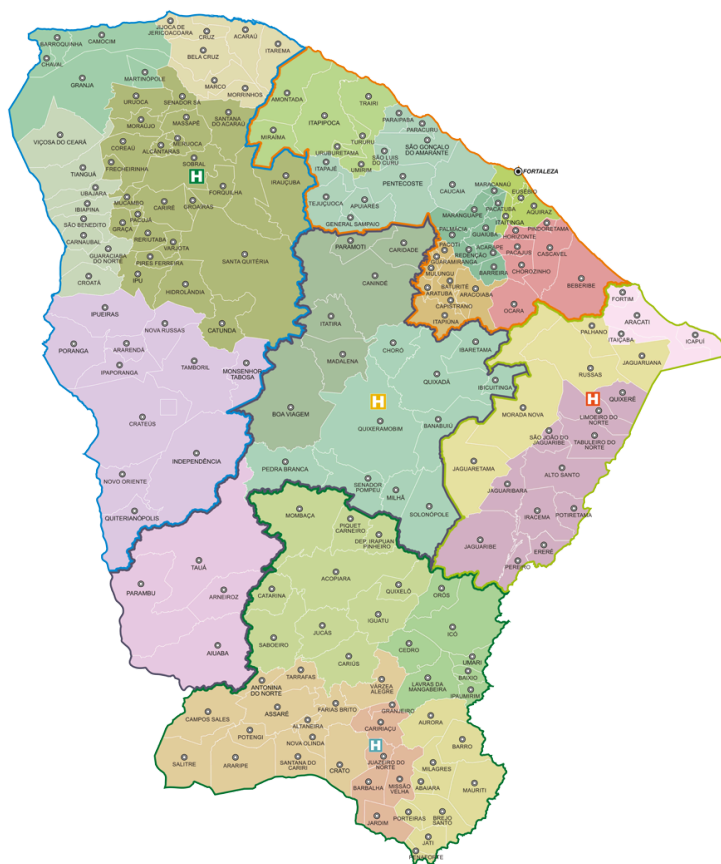
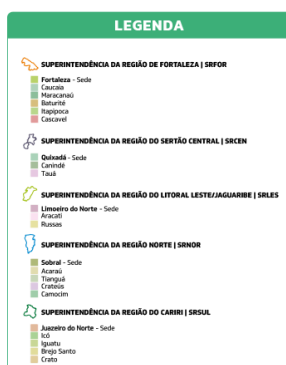
Como produtos apoiados pelo Projeto Regionalização o Ceará avançou na implementação dos Comitês de Apoio a Governança Regional, nas cinco Regiões de Saúde, por meio de Resolução CIB nº 130/2022 que institui o regimento do Comitê de Governança Regional e Resoluções CIR 5, das regiões de saúde, que aprova a composição dos Comitês de Governança nas Regiões de Saúde. Destaca-se ainda a atualização do Plano de Saúde Regional do Cariri, e sistematização de quatro Planos de Saúde Regionais das quatro regiões. Cabe ressaltar que o Ceará, até a presente data, foi o único estado do país a implementar os Comitês de Apoio à Governança Regional.

Dessa forma, cada GTR segue na última fase, que está prevista a definição de sistemática de monitoramento dos Planos de Saúde Regionais, de construção do painel de indicadores a partir da matriz DOMI e ainda das estratégias de monitoramento dos mesmos.

O Plano de Saúde Regional, representa um importante avanço na busca por um sistema de saúde mais justo, eficiente e acessível para todos os cidadãos do Ceará, pois expressa as reais necessidades do território, com definição de prioridades de forma coletiva. Sua implementação bem-sucedida dependerá do compromisso conjunto dos gestores, profissionais de saúde e da participação ativa da sociedade. Acreditamos que, com essa iniciativa, estaremos dando um passo significativo em direção a uma saúde de qualidade para todos.

3.2. Caracterização dos Entes e da Região de Saúde

REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO CEARÁ

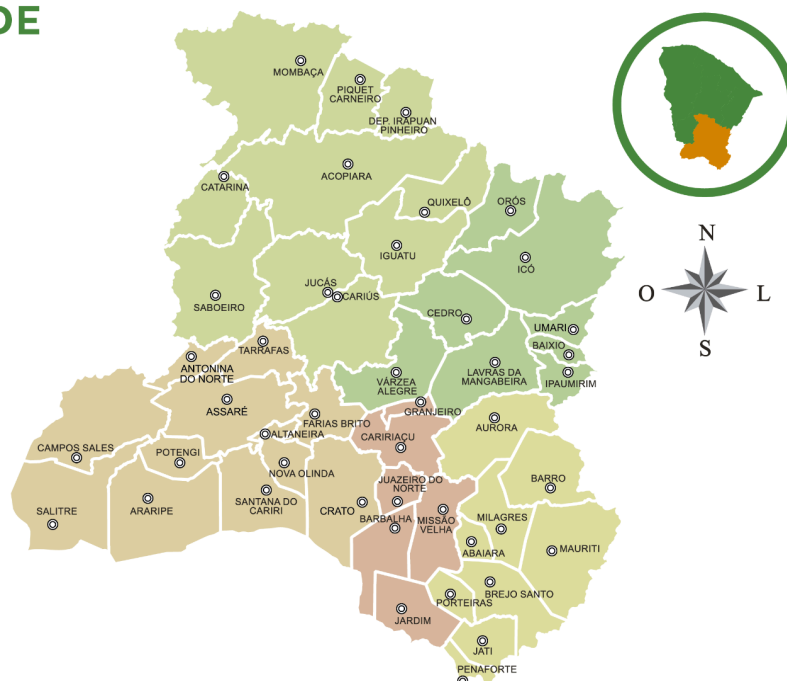


3.2.2 Região de Saúde do Cariri

REGIÃO DE SAÚDE CARIRI

Áreas Descentralizadas de Saúde

- 17ª - Icó
- 18ª - Iguatu
- 19ª - Brejo Santo
- 20ª - Crato
- 21ª - Juazeiro do Norte



Municípios que integram a Superintendência da Região do Cariri

17ª Icó	18ª Iguatu	19ª Brejo Santo	20ª Crato	21ª Juazeiro do Norte
Baixio	Acopiara	Abaiera	Altaneira	Barbalha
Cedro	Cariús	Aurora	Antonina do Norte	Caririaçu
Icó	Catarina	Barro	Araripe	Granjeiro
Ipaumirim	Dep. Irapuan Pinheiro	Brejo Santo	Assaré	Jardim
Lavras da Mangabeira	Iguatu	Jati	Campos Sales	Juazeiro do Norte
Orós	Jucás	Mauriti	Crato	Missão Velha
Umari	Mombaça	Milagres	Farias Brito	
	Piquet Carneiro	Penaforte	Nova Olinda	
	Quixelô	Porteiras	Potengi	
	Saboeiro		Salitre	
			Santana do Cariri	
			Tarrafas	
			Várzea Alegre	

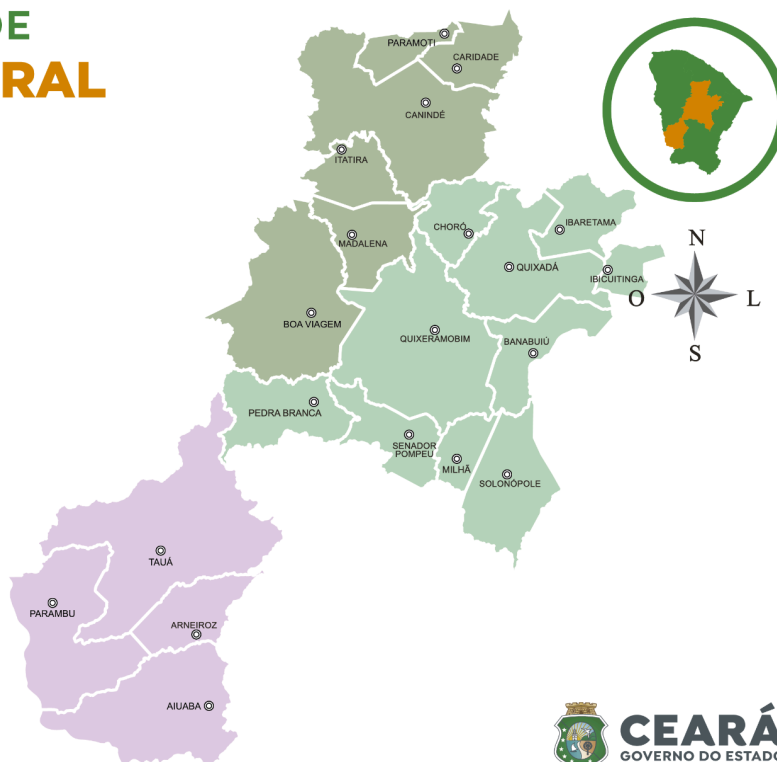
Fonte: Secretaria Estadual da Saúde (Sesa)

3.2.3 Região de Saúde do Sertão Central

REGIÃO DE SAÚDE SERTÃO CENTRAL

Áreas Descentralizadas de Saúde

- 5ª - Canindé
- 8ª - Quixadá
- 14ª - Tauá



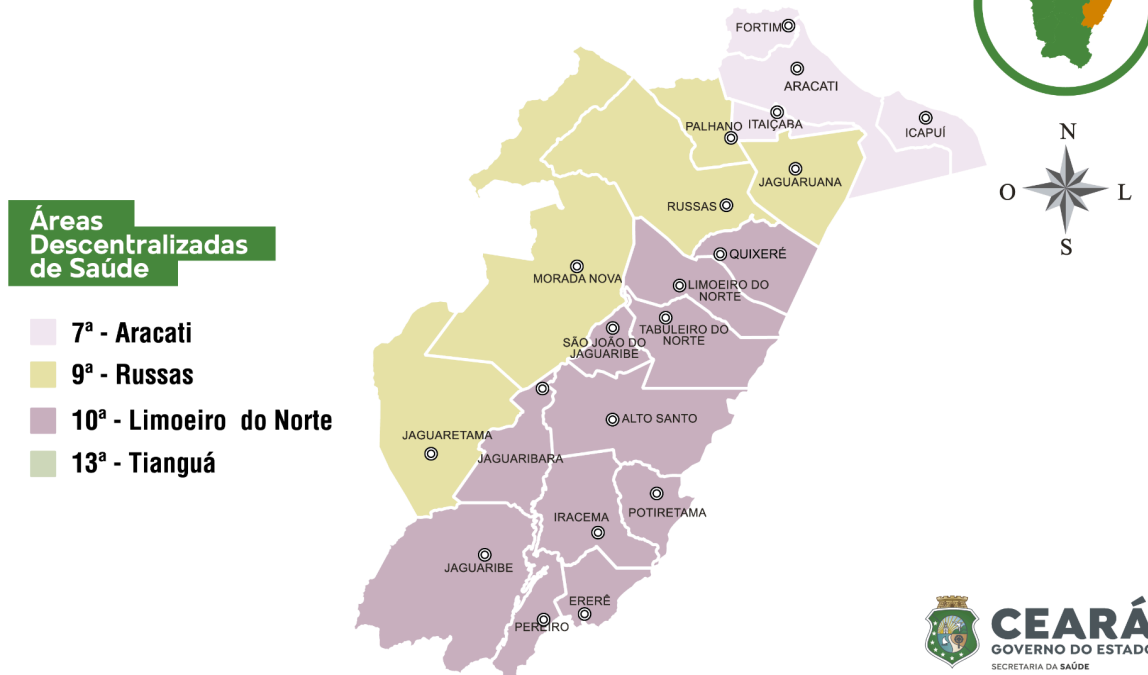
Municípios que integram a Superintendência da Região do Sertão Central

5ª Canindé	8ª Quixadá	14ª Tauá
Boa Viagem	Banabuiú	Aiuaba
Canindé	Choró	Arneiroz
Caridade	Ibaretama	Parambu
Itatira	Ibicuitinga	Tauá
Madalena	Milhã	
Paramoti	Pedra Branca	
	Quixadá	
	Quixeramobim	
	Senador Pompeu	
	Solonópole	

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde (Sesa)

3.2.4 Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe

REGIÃO DE SAÚDE LITORAL LESTE/ JAGUARIBE



Municípios que integram a Superintendência da Região do Litoral Leste/Jaguaribe

7ª Aracati	9ª Russas	10ª Limoeiro do Norte
Aracati	Jaguaretama	Alto Santo
Fortim	Jaguaruana	Ererê
Icapuí	Morada Nova	Iracema
Itaíçara	Palhano	Jaguaribara
	Russas	Jaguaribe
		Limoeiro do Norte
		Pereiro
		Potiretama
		Quixeré
		São João do Jaguaribe
		Tabuleiro do Norte

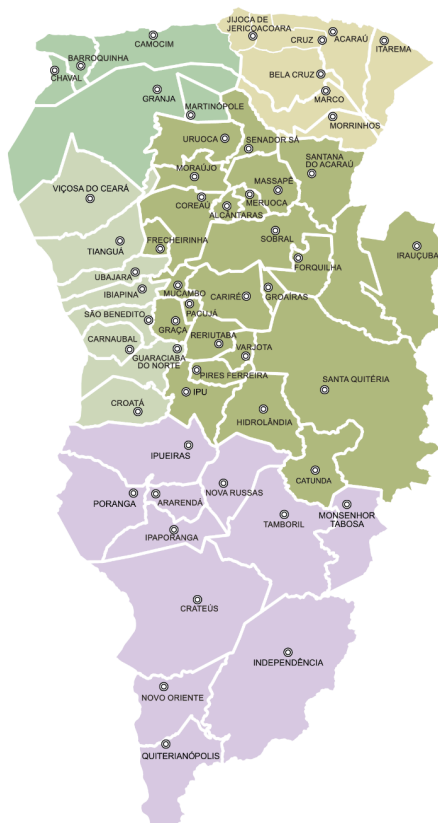
Fonte: Secretaria Estadual da Saúde (Sesa)

3.2.5 Região de Saúde de Sobral

REGIÃO DE SAÚDE SOBRAL

Áreas Descentralizadas de Saúde

- 11ª - Sobral
- 12ª - Acaraú
- 13ª - Tianguá
- 15ª - Crateús
- 16ª - Camocim



Municípios que integram a Superintendência da Região Norte

11ª Sobral	12ª Acaraú	13ª Tianguá	15ª Crateús	16ª Camocim
Alcântaras	Acaraú	Carnaubal	Ararendá	Barroquinha
Cariré	Bela Cruz	Croátá	Crateús	Camocim
Catunda	Cruz	Guaraciaba do Norte	Independência	Chaval
Coreaú	Itarema	Ibiapina	Ipaporanga	Granja
Forquilha	Jijoca de Jericoacoara	São Benedito	Ipueiras	Martinópolis
Frecheirinha	Marco	Tianguá	Monsenhor Tabosa	
Graça	Morrinhos	Ubajara	Nova Russas	
Groaíras		Viçosa do Ceará	Novo Oriente	
Hidrolândia			Poranga	
Ipu			Quiterianópolis	
Irauçuba			Tamboril	
Massapê				
Meruoca				
Moraújo				
Mucambo				
Pacujá				
Pires Ferreira				
Reriutaba				
Santa Quitéria				
Santana do Acaraú				
Senador Sá				
Sobral				
Uruoca				
Varjota				

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde (Sesa)

3.3. Prioridades Sanitárias de Saúde por Região

A construção dos Planos de Saúde Regionais foi realizada envolvendo um processo de planejamento, com a colaboração dos técnicos das Superintendências Regionais de Saúde, Coordenadorias das Áreas Descentralizadas de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde, COSEMS e Conselhos de Saúde. A elaboração dos Planos considerou o diagnóstico da situação de saúde das regiões para a identificação das necessidades de saúde da população e está baseada em um modelo de gestão em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, voltado ao enfrentamento dos problemas e considerando as prioridades sanitárias.

A Análise da Situação de Saúde (ASIS) permite identificar as necessidades de saúde prioritárias, de modo a orientar o planejamento das ações que sejam direcionadas à realidade sanitária, objetivando subsidiar a tomada de decisão para as intervenções em saúde.

Diante do exposto, foram elencadas as prioridades sanitárias das regiões de Saúde:

Na **Região de Saúde de Fortaleza** foram elencadas seis prioridades sanitárias: 4 redes de atenção e 02 linhas de cuidados.

Quadro 8 - Prioridades sanitárias da Região de Saúde de Fortaleza

REDES DE ATENÇÃO/ LINHAS DE CUIDADO	PRIORIDADES SANITÁRIAS
Rede de Atenção Materno Infantil	Redução da mortalidade materna-infantil na região com reestruturação e articulação dos pontos de atenção básica, especializada (ambulatorial e hospitalar) com regulação e transporte sanitário em suficiência.
Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Ampliação, descentralização e qualificação dos serviços de urgência e emergência, incluindo a APS, atenção pré-hospitalar (SAMU), unidades de pronto atendimento e atenção hospitalar.
Rede de Atenção Psicossocial	Qualificação e ampliação da RAPS na região com ênfase na política de atenção à saúde mental de álcool e outras drogas junto às equipes de base territorial e habilitação de leitos de saúde mental em hospitais gerais.
Rede de atenção às	Qualificação da rede de atenção às urgência emergências

REDES DE ATENÇÃO/ LINHAS DE CUIDADO	PRIORIDADES SANITÁRIAS
urgências e emergências	com ampliação do acesso do atendimento pré-hospitalar, reestruturação de fluxos e regulação do acesso oportuno.
Linha de cuidado do paciente com DCNT	Articulação da linha de cuidado de atenção às DCNT para ampliação do cuidado ao hipertenso e diabético, estruturando os pontos de atenção e sistema de apoio/logístico no cuidado à pessoa com AVC e IAM.
Linha de cuidado do paciente oncológico	Estruturação da linha de cuidado do paciente oncológico.

Na **Região de Saúde do Cariri** foram elencadas cinco prioridades sanitárias: 5 redes de atenção.

Quadro 9 - Prioridades sanitárias da Região de Saúde do Cariri

REDES DE ATENÇÃO/ LINHAS DE CUIDADO	PRIORIDADES SANITÁRIAS
Rede de Atenção Materno Infantil	Redução da mortalidade materna-infantil.
Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Reduzir morbimortalidade por AVC, IAM, por causas externas com ênfase ao feminicídio.
Rede de Atenção à Pessoa com DCNT	Reduzir morbimortalidade por DCNT com foco na linha de cuidado da oncologia.
Rede de Atenção Psicossocial	Implementar a RAPS a partir da articulação dos diferentes pontos de atenção com ênfase ao cuidado de base territorial.
Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (RPCD).	Implementar a RPCD com ênfase aos cuidados à pessoa com deficiência intelectual.

Na **Região de Saúde de Sobral** foram elencadas seis prioridades sanitárias: 4 redes de atenção e 02 linhas de cuidados.

Quadro 10 - Prioridades sanitárias da Região de Saúde de Sobral

REDES DE ATENÇÃO/ LINHAS DE CUIDADO	PRIORIDADES SANITÁRIAS
Rede de Atenção Materno Infantil	Redução da mortalidade materna-infantil na região com reestruturação e articulação dos pontos de atenção básica, especializada (ambulatorial e hospitalar) com regulação e transporte sanitário em suficiência.
Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Ampliação, descentralização e qualificação dos serviços de urgência e emergência, incluindo a APS, atenção pré-hospitalar (SAMU), Unidades de pronto atendimento e atenção hospitalar.
Rede de Atenção à Pessoa com DCNT	Implantação e Ampliação dos serviços especializados da RPCD na região.
Rede de Atenção Psicossocial	Qualificação e ampliação da RAPS na região com ênfase na política de atenção à saúde mental de álcool e outras drogas junto às equipes de base territorial e habilitação de leitos de saúde mental em hospitais gerais.
Linha de cuidado do paciente com DCNT com ênfase na Doença Renal Crônica.	Qualificação da linha de cuidado na APS, atenção ambulatorial especializada, expansão e descentralização dos serviços para atendimento às pessoas DCNT com ênfase a DRC.
Linha de cuidado do paciente oncológico	Implantação de serviços de referência em oncologia na região de saúde para garantia do acesso de forma descentralizada a exames, consultas especializadas e cirurgias de forma oportuna.

Na **Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe** foram elencadas cinco prioridades sanitárias: 5 redes de atenção.

Quadro 11 - Prioridades sanitárias da Região de Saúde do Litoral Leste/ Jaguaribe

REDES DE ATENÇÃO/ LINHAS DE CUIDADO	PRIORIDADES SANITÁRIAS
Rede de Atenção Materno Infantil	Estruturação da rede de cuidado materno infantil na atenção primária e especializada, parto de risco gestacional, cuidados neonatais e regulação do acesso e transporte sanitário.

Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Qualificação da RUE, com ampliação do acesso ao atendimento pré-hospitalar e da oferta hospitalar, através de habilitação, e regulação do acesso em tempo oportuno, com financiamento tripartite.
Rede de Atenção à Pessoa com DCNT	Articulação para estruturação da Rede das DCNT, contemplando as linhas de cuidado da Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Renal Crônico, Oncologia, Sobrepeso e Obesidade.
Rede de Atenção Psicossocial	Qualificação da RAPS com articulação dos pontos de atenção em rede, fortalecimento da Educação Permanente em Saúde – EPS e ampliação das estratégias de cuidado de base regional.
Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (RPCD).	Estruturação dos componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Na **Região de Saúde do Sertão Central** foram elencadas sete prioridades sanitárias: 4 redes de atenção e três linhas de cuidado.

Quadro 12 - Prioridades sanitárias da Região de Saúde do Sertão Central

REDES DE ATENÇÃO/ LINHAS DE CUIDADO	PRIORIDADES SANITÁRIAS
Rede de Atenção Materno Infantil	Redução da mortalidade materna infantil na região com reestruturação e articulação dos pontos de atenção, regulação e transporte sanitário em suficiência.
Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Ampliação e qualificação dos serviços de urgência e emergência, incluindo a APS, regulação do acesso e transporte sanitário oportuno, incluindo a linha de cuidado aos pacientes com IAM e AVC.
Rede de Atenção Psicossocial	Qualificação e ampliação da RAPS na região com ênfase à atenção psicossocial estratégica infanto-juvenil.
Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (RPCD).	Ampliação dos serviços especializados da RPCD na região com fortalecimento das ações de institucionalização da política intersetorial entre os componentes da rede.
Linha de Cuidado ao Paciente com Trauma.	Implantação e/ou implementação do acesso às ações e serviços na atenção em

	traumato-ortopedia na Região do Sertão Central.
Linha de cuidado ao paciente com condições crônicas.	Qualificação da linha de cuidado na APS com ampliação do acesso na atenção ambulatorial especializada e ampliação de serviços na atenção especializada.
Linha de cuidado ao Paciente Oncológico	Implantação de serviços de referência em oncologia na região de saúde para garantia do acesso de forma descentralizada.

4. Governança e Gestão

4.1. Sistema de Governança Estadual

A estrutura de governança da Sesa se organiza como instâncias deliberativas representativas e segmentadas que visam auxiliar a execução, avaliação e controle das políticas públicas de saúde em conformidade com os princípios constitucionais: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. De acordo com o Guia da Política de Governança Pública do Governo Federal (2018, p. 37) “a primeira função pretendida para os princípios e diretrizes de governança é servir como um elemento de conexão entre esses princípios constitucionais e a atuação do agente público”.

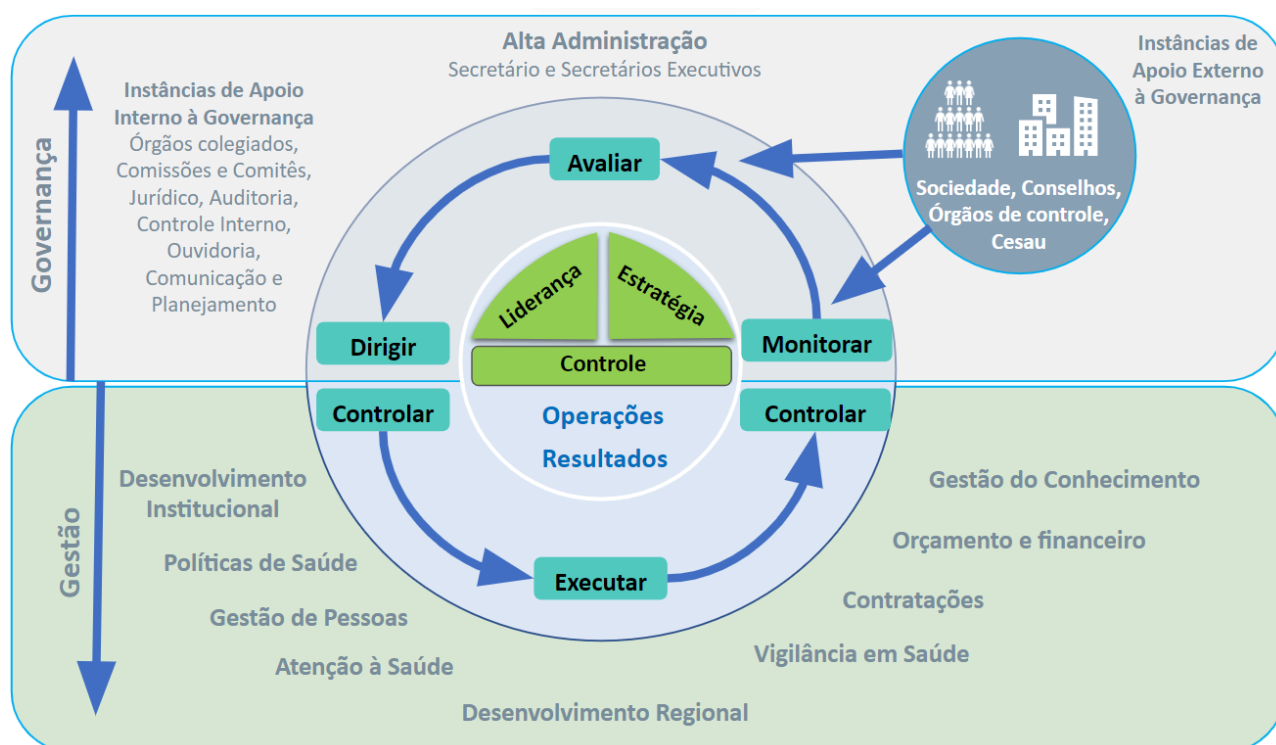
A governança e a gestão pública em saúde são determinadas pelas normas que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta características peculiares dada a sua universalidade, a dimensão territorial do Brasil, a descentralização administrativa e de recursos, as instâncias de pactuação e a participação ativa do controle social.

Neste sentido, o sistema de Governança da Sesa atua de forma sistêmica, por meio dos mecanismos de Liderança, Estratégia e Controle, exercendo atividades estratégicas que visam avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade. Quanto ao exercício da Governança, o direcionamento é exercido pela Alta Gestão da Sesa, compreendida pelo(a) Secretário(a) da Saúde e Secretários(as) Executivos(as) e apoio da Assessoria Executiva. A instância de tomada de decisão é o Comitê Executivo que, dependendo das características dos atos administrativos, encaminha para deliberação do Conselho Estadual de Saúde (Cesau) ou para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) - ver Figura 88.

A instância interna de apoio à Governança é compreendida pelas seguintes áreas e grupos: órgãos colegiados, comissões e comitês (Comissão Intergestores Bipartite, Comissões Intergestores Regionais e Comitês de Apoio à Governança Regional), auditoria, controle interno, ouvidoria, comunicação e planejamento. Já a instância externa de

governança é formada pela sociedade civil, conselhos (Conselho Nacional de Saúde, Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará - COSEMS/CE, entre outros) órgãos públicos de controle (Tribunal de Contas do Estado, Controladoria e Ouvidoria Geral do Estado, Ministério Público, entre outros) e o Conselho Estadual de Saúde (Cesau).

Figura 90 - Sistema de Governança da Secretaria da Saúde do Estado



Fonte: CODIP/SEPGI/SESA

Por fim, ressalta-se que está em planejamento a elaboração da política de governança da Sesa para, em seguida, com posterior publicação em legislação.

4.2. Gestão da Qualidade

Estabelecida entre as prioridades da SESA, a Gestão da Qualidade vem com o propósito de fortalecer a organização por meio da implantação de melhorias e novas práticas, adequadas aos requisitos e parâmetros de conformidade, por meio de etapas que envolvem o levantamento de necessidades, a implantação do Sistema de Gestão da Qualidade, o estabelecimento das melhores práticas e a certificação.

Para a implantação desse processo, a SESA, em abril de 2023, incluiu em sua estrutura organizacional a Coordenadoria de Gestão da Qualidade, objetivando, por meio de estratégias norteadoras que contribuam para maior eficiência, eficácia e efetividade das ações, a melhoria dos processos, a qualificação dos procedimentos institucionais, de modo que as atividades desenvolvidas sejam promotoras de resultados organizacionais mais positivos e que possibilitem o aperfeiçoamento da gestão e o aprimoramento dos processos de trabalho na Rede Estadual.

No cenário atual, a Rede SESA tem sido acompanhada por meio de indicadores selecionados para o monitoramento da avaliação da Qualidade e do planejamento Estadual, e alguns serviços de saúde encontram-se certificados, como exposto na Tabela 19.

Tabela 19 - Serviços SESA com certificação - Outubro de 2023

Serviços SESA Certificados	Tipo de Certificação	Quantidade
Unidades Ambulatoriais com Certificação Nacional	ONA	10
Unidades Hospitalares com Certificação Nacional	ONA	03
Unidades Hospitalar com Certificação Internacional	ACSA	01
Unidade Laboratorial com Certificação Nacional	ONA	01
Unidade Hemocentro com Certificação Internacional	ISO e AABB	01
TOTAL		16

A implantação da Gestão da Qualidade, firmada através de entregas no Plano Plurianual (PPA), representa um avanço que possibilitará o aperfeiçoamento dos processos da Rede SESA e demonstra o interesse da Gestão com a melhoria contínua, em consonância com o Programa de Integridade do Poder Executivo do Estado do Ceará, instituído por meio da Lei Estadual nº 16.717, de 21/12/2018, que tem foco na gestão de riscos e nos controles internos e que classifica o órgão/entidade como 'Totalmente Aderente' se possuir algum tipo de certificação válida (ISO, premiações, selos, outros).

5. Critérios de Alocação de Transferências de Recursos

5.1. Política Estadual de Incentivo Hospitalar (PEIH)

Em 2021, por meio da Resolução nº 53/2021 - CIB/CE, foi aprovada a Política Estadual de Incentivo Hospitalar (PEIH) de Referência Regional, Estratégico e Hospital Local de Pequeno Porte para vigência de 01 de novembro de 2021 a 31 de dezembro de 2023. A mesma elenca a rede hospitalar da região e estabelece critérios, metas quali e quantitativas para serem seguidos pelas instituições, assim como o valor a ser repassado mensalmente.

No dia 11 de agosto de 2023 foi pactuada, por meio da Resolução CIB nº 82/2023 - CIB/CE, a 3ª Revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar, com vigência até 31 de dezembro de 2024, em decorrência da necessidade de readequação/expansão da Rede de Assistência Hospitalar em atendimento ao princípio organizativo da Regionalização do SUS no Estado.

5.1.1. Metas de Atendimento dos Hospitais Polo, para 2023 e 2024.

REGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA:

Município	Hospital	Porte	Clínica	Nº de Leitos - Critério Habilitação PEIH	Capacidade de Oferta	Meta Anual	
						Local	Referenciada
Caucaia	Santa Terezinha	III	Obstétrica	15	2.464	1.971	493
	Abelardo Gadelha da Rocha	IV	Cirurgia Geral	20	1.314	1.051	263
			Clínica Médica	20	821	657	164
			Pediátrica	15	616	493	123
			Traumato Ortopédica	15	821	657	164
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-
São Gonçalo do Amarante	Hospital Geral Luiza Alcântara Silva	III	Clínica Médica	15	616	493	123
			Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-

Eusébio	Dr. Amadeu Sá	III	Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			UTI Adulto	-	-	-	-
Fortaleza	Instituto Dr. José Frota		-	-	-	-	-
	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	IV	Obstétrica	20	3.285	2.628	657
			Neonatólogica	10	365	292	73
			Cirurgia Ginecológica	(...)	192	-	-
			Anestesiológica	-	-	-	-
	SOPAI - Hospital Luis de França	IV	Pediátrica	15	616	493	123
			UTI Pediátrica	-	-	-	-
Maracanaú	Municipal Dr. João Elísio de Holanda	IV	Cirurgia Geral	20	1.314	1.051	263
			Obstétrica	20	3.285	2.628	657
			Clínica Médica	20	821	657	164
			Pediátrica	15	616	493	123
			Neonatólogica	10	365	292	73
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-
Aracoiaba	Santa Isabel	III	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Clínica Médica	15	616	493	123
			Traumato Ortopédica	10	548	438	110
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-
Baturité	José Pinto do Carmo	III	Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Pediátrica	10	411	329	82
Itapipoca	São Vicente de Paulo	IV	Cirurgia Geral	20	1.314	1.051	263
			Obstétrica	20	3.285	2.628	657
			Clínica Médica	20	821	657	164
			Pediátrica	15	616	493	123
			Traumato Ortopédica	15	821	657	164
			Neonatólogica	10	365	292	73
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-
	Regional de Itapipoca	III	UTI Adulto	-	-	-	-
Cascavel	Nossa Senhora das Graças	III	Obstétrica	15	2.464	1.971	493

			Pediátrica	10	411	329	82
--	--	--	------------	----	-----	-----	----

Obs. O repasse do incentivo de custeio para o Instituto Dr. José Frota (IJF) não é condicionado à análise de desempenho de meta.
(...) Em relação à clínica Cirúrgica Ginecológica da MEAC a meta estabelecida não foi calculada com base no número de leitos exigidos para adesão, o mesmo foi estabelecido através de um acordo entre a Direção da SESA e do Hospital para atendimento às pacientes que se encontram na Fila de Espera, sendo as mesmas encaminhadas pela Central de Regulação Estadual.
São Gonçalo do Amarante - Hospital Geral Luiza Alcântara Silva - Inclusão de 3 Clínicas: Médica, Obstetria e Anestesiologia, e UTI.
Fortaleza – MEAC – Inclusão das Clínicas Cirúrgica-Ginecológica e Anestesiológica.

REGIÃO DE SAÚDE DO CARIRI:

Município	Hospital	Porte	Clínica	Nº de Leitos - Critério Habilitação PEIH	Capacidade de Oferta	Meta Anual	
						Local	Referenciada
Acopiara	Municipal de Acopiara	III	Clínica Médica	15	616	493	123
			Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Saúde Mental	-	-	-	-
Icó	Prefeito Walfredo Monteiro Sobrinho	III	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Clínica Médica	15	616	493	123
			Pediátrica	10	411	329	82
			Traumato Ortopédica	10	548	438	110
			Anestesiológica	-	-	-	-
			Saúde Mental	-	-	-	-
Iguatu	Regional de Iguatu	IV	Cirurgia Geral	20	1.314	1.051	263
			Obstétrica	20	3.285	2.628	657
			Clínica Médica	20	821	657	164
			Pediátrica	15	616	493	123
			Neonatólogica	10	365	292	73
			Traumato Ortopédica	15	821	657	164
			Anestesiológica	-	-	-	-
			Saúde Mental	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-
	Hospital Agenor Araújo	III	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Traumato Ortopédica	10	548	438	110
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-

Brejo Santo	IMTAVI – Instituto Madre Tereza de Apoio a Vida	IV	Cirurgia Geral	20	1.314	1.051	263
			Obstétrica	20	3.285	2.628	657
			Clínica Médica	20	821	657	164
			Neonatológica	10	365	292	73
Brejo Santo	IMTAVI – Instituto Madre Tereza de Apoio a Vida	IV	Traumato Ortopédica	15	821	657	164
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Adulto(2)	-	-	-	-
	INCRI- Instituto da Criança Menino Jesus de Praga	III	Pediátrica	10	411	329	82
Crato	São Francisco de Assis	IV	Cirurgia Geral	20	1.314	1.051	263
			Obstétrica	20	3.285	2.628	657
			Clínica Médica	20	821	657	164
			Pediátrica	15	616	493	123
			Neonatológica	10	365	292	73
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Neonatal	-	-	-	-
			UTI Adulto(2)	-	-	-	-
			UTI Pediátrica Nova	-	-	-	-
	São Raimundo	III	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Traumato Ortopédica	10	548	438	110
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-
	Santé Cariri	IV	UTI Adulto	-	-	-	-
Várzea Alegre	São Raimundo	III	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Clínica Médica	15	616	493	123
			Pediátrica	10	411	329	82
			Anestesiológica	-	-	-	-

			Traumato Ortopédica	10	548	438	110
Barbalha	Coração do Cariri	I V	Cardiológica	91	4.271	3.416	854
			Cirurgia Geral	20	1.314	1.051	263
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Adulto Coronariana II	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-
	Santo Antonio	I V	Cirurgia Geral	20	1.314	1.051	263
			Neurologia	60	2.464	1.971	493
			Saúde Mental	-	-	-	-
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-
			UTI Pediátrica	-	-	-	-
	São Vicente de Paulo	I V	Cirurgia Geral	20	1.314	1.051	263
			Obstétrica	20	1.643	1.314	329
			Oncológica	18	591	473	118
			Pediátrica	15	616	493	123
			Anestesiológica	-	-	-	-
			Neonatólogica	10	365	292	73
			Traumato Ortopédica	15	821	657	164
			UTI Adulto(2)	-	-	-	-
			UTI Pediátrica	-	-	-	-
			UTI Neonatal(2)	-	-	-	-
Juazeiro do Norte	São Lucas	I I I	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Neonatal	-	-	-	-

Obs: Iguatu - Hospital Agenor Araújo – Inclusão de 3 clínicas: Cirúrgica, Traumato Ortopédica e Anestesiológica.
 Barbalha - Hospital São Vicente de Paulo – Inclusão da Traumato Ortopédica.
 Juazeiro do Norte - São Lucas – Exclusão da Traumato Ortopédica e Saúde Mental.
 Crato - Hospital Santé Cariri - Inclusão da UTI Adulto.

REGIÃO DE SAÚDE DO SERTÃO CENTRAL:

Município	Hospital	Porte	Clínica	Nº de Leitos - Critério Habilitação PEIH	Capacidade de Oferta	Meta Anual	
						Local	Referenciada
Canindé	São Francisco	III	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Clínica Médica	15	616	493	123
			Pediátrica	10	411	329	82
			Traumato Ortopédica	10	1.095	876	219
			Neonatológica	10	365	292	73
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-
Quixadá	Jesus Maria José - HMJMJ	III	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Obstétrica	15	1.232	986	246
			Pediátrica	10	411	329	82
			Neonatológica	10	365	292	73
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Neonatal	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-
	Eudásio Barroso	III	Clínica Médica	15	616	493	123
			Anestesiológica	-	-	-	-
			Traumato Ortopédica	10	548	438	110
Quixeramobim	Dr. Pontes Neto	III	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Clínica Médica	15	616	493	123
			Anestesiológica	-	-	-	-
			Traumato Ortopédica	10	548	438	110
Tauá	Alberto Feitosa Lima	III	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Clínica Médica	15	616	493	123
			Pediátrica	10	411	329	82

			Traumato Ortopédica	10	548	438	110
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-

REGIÃO DE SAÚDE LITORAL LESTE JAGUARIBE:

Município	Hospital	Porte	Clínica	Nº de Leitos - Critério Habilitação PEIH	Capacidade de Oferta	Meta Anual	
						Local	Referenciada
Aracati	Santa Luisa de Marillac	III	Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Pediátrica	10	411	329	82
			Neonatológica	10	365	292	73
			Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Anestesiológica	-	-	-	-
	Eduardo Dias	III	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Clínica Médica	15	616	493	123
			Traumato Ortopédica	10	548	438	110
			Anestesiológica	-	-	-	-
Russas	Casa de Saúde de Russas	III	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Clínica Médica	15	616	493	123
			Pediátrica	10	411	329	82
			Traumato Ortopédica	10	548	438	110
			Neonatológica	10	365	292	73
			Anestesiológica	-	-	-	-
Limoeiro do Norte	São Raimundo	III	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Clínica Médica	15	616	493	123
			Pediátrica	10	411	329	82
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-

Obs: Aracati: Exclusão da UTI do Hospital Eduardo Dias Aracati, e inclusão das Clínicas Neonatológica e Cirurgia Geral no Hospital Santa Luisa de Marillac.

REGIÃO DE SAÚDE DE SOBRAL:

Município	Hospital	Porte	Clínica	Nº de Leitos - Critério Habilitação PEIH	Capacidade de Oferta	Meta Anual	
						Local	Referenciada
Sobral	Dr. Estevam Ponte	III	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Clínica Médica	15	616	493	123
			Saúde Mental	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-
	Santa Casa de Misericórdia de Sobral	IV	Cirurgia Geral	20	1.314	1.051	263
			Obstétrica	20	1.643	1.314	329
			Clínica Médica	20	821	657	164
			Pediátrica	15	616	493	123
			Traumato Ortopédica	15	821	657	164
			Neonatológica	10	365	292	73
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Neonatal	-	-	-	-
			UTI Pediátrica	-	-	-	-
			UTI Adulto (2)	-	-	-	-
	Hospital do Coração	IV	Cardiológica Clínica	19	892	713	178
			Cardiológica Cirúrgica	5	329	263	66
Acaraú	Dr. Moura Ferreira	III	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Clínica Médica	15	616	493	123
			Pediátrica	10	411	329	82
			Anestesiológica	-	-	-	-
Tanguá	Madalena Nunes	IV	Cirurgia Geral	20	1.314	1.051	263
			Obstétrica	20	3.285	2.628	657
			Clínica Médica	20	821	657	164
			Pediátrica	15	616	493	123
			Traumato Ortopédica	15	821	657	164

Tanguá	Madalena Nunes	I V	Neonatólogica	10	365	292	73
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-
Crateús	São Lucas	I V	Cirurgia Geral	20	1.314	1.051	263
			Obstétrica	20	3.285	2.628	657
			Clínica Médica	20	821	657	164
			Pediátrica	15	616	493	123
			Traumato Ortopédica	15	821	657	164
			Neonatólogica	10	365	292	73
			Anestesiológica	-	-	-	-
			UTI Adulto	-	-	-	-
Camocim	Deputado Murilo Aguiar	I I I	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Clínica Médica	15	616	493	123
			Pediátrica	10	411	329	82
			Traumato Ortopédica	10	548	438	110
			Anestesiológica	-	-	-	-
Ipú	José Evangelista de Oliveira	I I I	Cirurgia Geral	10	657	526	131
			Obstétrica	15	2.464	1.971	493
			Clínica Médica	15	616	493	123
			Traumato Ortopédica	10	548	438	110
			Anestesiológica	-	-	-	-

Obs: SOBRAL - Sta. Casa de Sobral – Exclusão da Clínica e Cirurgia Cardiológica; e Hospital do Coração – Inclusão da Clínica Cardiológica e Cirurgia Cardiológica.

IPU – Hospital José Evangelista – Exclusão da Clínica Pediátrica e Inclusão da Clínica Traumato Ortopédica.

5.1.2. Metas de Atendimentos dos Hospitais Estratégicos, para 2023 e 2024

Município	Estabelecimento	Clínica	Meta Anual 2023
Aquiraz	Manuel Assunção Pires	Obstétrica	179
Fortaleza	Cura D'Ars	Obstétrica	2.231
		Neonatólogica	244
	São Vicente de Paula	Saúde Mental	-
	Santa Casa de Misericórdia	Médica	2.050

		Cirúrgica	2.903
		Oncológica	426
Maranguape	Argeu Braga Herbster	Cirúrgica	820
		Obstétrica	640
		Clínica Médica	917
		Pediátrica	116
Redenção	Paulo Sarasate	Médica	1.056
		Cirúrgica	197
		Obstétrica	368
		Pediátrica	165
Beberibe	Monsenhor Dourado	Médica	272
		Obstétrica	58
Horizonte	Venâncio Raimundo de Sousa	Obstétrica	488
Mucambo	Senador Carlos Jereissati	Médica	348
		Obstétrica	125
Santa Quitéria	Santa Quitéria	Pediátrica	220
		Obstétrica	89
Tamboril	Timbó Camelo	Obstétrica	90
Quixeramobim	Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	Pediátrica	979
Senador Pompeu	Santa Isabel	Pediátrica	189
Jaguaruana	Nossa Senhora da Expectação	Médica	506
Morada Nova	Francisco Galvão de Oliveira	Obstétrica	763
		Médica	812
		Cirúrgica	1015
Iracema	Maria Roque de Macedo	Obstétrica	110
		Médica	269
Jaguaribe	Governador Adauto Bezerra	Obstétrica	465
		Médica	524
Tabuleiro do Norte	Celestina Colares	Médica	436
		Obstétrica	270
Aurora	Ignez Andreazza	Médica	1.355
		Obstétrica	286
		Pediátrica	304
		Cirúrgica	776
Brejo Santo	Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima	Saúde Mental	-
Campos Sales	Municipal de Campos Sales	Médica	694
		Obstétrica	66
Cedro	Zulmira Sedrin de Aguiar	Médica	1.179
		Obstétrica	268
		Cirúrgica	358
Jardim	Santo Antônio	Médica	401

		Pediátrica	50
Juazeiro do Norte	Maria Amélia	Pediátrica	881
		Saúde Mental	-
Lavras da Mangabeira	São Vicente Férrer	Médica	1.118
		Obstétrica	348
		Pediátrica	664
Mauriti	São José Mauriti	Médica	981
		Saúde Mental	-
Milagres	Municipal Nossa Senhora dos Milagres	Médica	401
		Obstétrica	237
		Saúde Mental	-
Missão Velha	Geral de Missão Velha	Médica	1.296
		Obstétrica	435
Mombaça	Antonina Aderaldo Castelo	Médica	972
		Obstétrica	146
Orós	Luzia T. da Costa	Médica	467
		Obstétrica	175

OBS: a) Fortaleza - Santa Casa de Misericórdia: Exclusão Clínica Traumatologia Ortopédica;

b) Aurora - Ignez Andreazza: Inclusão da Clínica Cirúrgica;

c) Juazeiro do Norte - M^a Amélia: Inclusão da Clínica Saúde Mental;

d) Milagres - Rosa Gatorno: Exclusão das Clínicas Médica e Obstétrica; e Inclusão das 2 (duas) clínicas no Municipal Nossa Senhora dos Milagres.

5.1.3. Previsão de Custeio Mensal dos Hospitais Polo

REGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA:

Município	Hospital	Porte	Clínica	A partir de 1º de Agosto de 2023	
				Valor Incentivo por Clínica	Valor Incentivo a ser Repassado
Fortaleza	Instituto Dr. José Frota		-	6.000.000	6.000.000
Caucaia	Santa Terezinha	III	Obstétrica	80.900	161.800
			Anestesiológica	80.900	
	Abelardo Gadelha da Rocha	IV	Cirurgia Geral	93.330	766.650
			Clínica Médica	93.330	
			Pediátrica	93.330	
			Traumatologia Ortopédica	93.330	
			Anestesiológica	93.330	

Município	Hospital	Porte	Clínica	A partir de 1º de Agosto de 2023	
				Valor Incentivo por Clínica	Valor Incentivo a ser Repassado
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
São Gonçalo do Amarante	Hospital Geral Luiza Alcântara Silva	III	Clínica Médica	80.900	542.700
			Obstétrica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
Eusébio	Dr. Amadeu Sá	III	Obstétrica	80.900	461.800
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
			Anestesiológica	80.900	
Fortaleza	Maternidade Escola Assis Chateaubriand	IV	Obstétrica	93.330	373.320
			Neonatal	93.330	
			Cirurgia Geral	93.330	
			Anestesiológica	93.330	
	SOPAI - Hospital Luis De França	IV	Pediátrica	93.330	393.330
			UTI Pediátrica 10 leitos	300.000	
Maracanaú	Municipal Dr. João Elísio de Holanda	IV	Cirurgia Geral	93.330	859.980
			Obstétrica	93.330	
			Clínica Médica	93.330	
			Pediátrica	93.330	
			Anestesiológica	93.330	
			Neonatal	93.330	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
Aracoiaba	Santa Isabel	III	Cirurgia Geral	80.900	533.600
			Clínica Médica	80.900	

Município	Hospital	Porte	Clínica	A partir de 1º de Agosto de 2023	
				Valor Incentivo por Clínica	Valor Incentivo a ser Repassado
			Traumato Ortopédica	20.900	
			Anestesiológica	50.900	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
Baturité	José Pinto do Carmo	III	Obstétrica	80.900	242.700
			Pediátrica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
Itapipoca	São Vicente de Paulo	IV	Cirurgia Geral	93.330	1.253.310
			Obstétrica	93.330	
			Clínica Médica	93.330	
			Pediátrica	93.330	
			Traumato Ortopédica	93.330	
			Neonatal	93.330	
			Anestesiológica	93.330	
			UTI Adulto 20 leitos	600.000	
	Regional de Itapipoca	III	UTI Adulto 10 leitos (*)	480.000	480.000
Cascavel	Nossa Senhora das Graças	III	Obstétrica	80.900	242.700
			Pediátrica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
TOTAL				12.311.890	12.311.890

REGIÃO DE SAÚDE DE SOBRAL:

Município	Hospital	Porte	Clínica	A partir de 1º de Agosto de 2023	
				Valor Incentivo por Clínica	Valor Incentivo a ser Repassado
Sobral	Dr. Estevam Ponte	III	Cirurgia Geral	80.900	704.500
			Obstétrica	80.900	
			Clínica Médica	80.900	
			Saúde Mental	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
	Santa Casa de Misericórdia de Sobral	IV	Cirurgia Geral e Pediátrica	93.330	2.273.310
			Obstétrica	93.330	
			Clínica Médica	93.330	
			Pediátrica	93.330	
			Traumato Ortopédica	93.330	
			Neonatal	93.330	
			Anestesiológica	93.330	
			UTI Neonatal 15 leitos	450.000	
			UTI Pediátrica 10 leitos	300.000	
			UTI Adulto 19 leitos	570.000	
			UTI Adulto Nova 10 leitos	300.000	
	Hospital do Coração	IV	Cardiológica Clínica	93.330	186.660
			Cardiológica Cirúrgica	93.330	

Município	Hospital	Porte	Clínica	A partir de 1º de Agosto de 2023	
				Valor Incentivo por Clínica	Valor Incentivo a ser Repassado
Acaraú	Dr. Moura Ferreira	III	Cirurgia Geral	80.900	404.500
			Obstétrica	80.900	
			Clínica Médica	80.900	
			Pediátrica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
Tanguá	Madalena Nunes	IV	Cirurgia Geral	93.330	1.433.310
			Obstétrica	93.330	
			Clínica Médica	93.330	
			Pediátrica	93.330	
			Traumato Ortopédica	93.330	
			Neonatal	93.330	
			Anestesiológica	93.330	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
			UTI Neonatal 10 leitos (*)	480.000	
Crateús	São Lucas	IV	Cirurgia Geral	93.330	1.526.640
			Obstétrica	93.330	
			Clínica Médica	93.330	
			Pediátrica	93.330	
			Traumato Ortopédica	93.330	
			Neonatal	93.330	
			Anestesiológica	93.330	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	

Município	Hospital	Porte	Clínica	A partir de 1º de Agosto de 2023	
				Valor Incentivo por Clínica	Valor Incentivo a ser Repassado
			Saúde Mental	93.330	
			UTI Neonatal 10 leitos (*)	480.000	
Ipú	José Evangelista de Oliveira	III	Cirurgia Geral	80.900	404.500
			Obstétrica	80.900	
			Clínica Médica	80.900	
			Traumato Ortopédica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
Camocim	Deputado Murilo Aguiar	III	Cirurgia Geral	80.900	485.400
			Obstétrica	80.900	
			Clínica Médica	80.900	
			Pediátrica	80.900	
			Traumato Ortopédica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
TOTAL				7.418.820	7.418.820

REGIÃO DE SAÚDE DO CARIRI:

Município	Hospital	Porte	Clínica	A partir de 1º de Agosto de 2023	
				Valor Incentivo por Clínica	Valor Incentivo a ser Repassado
Acopiara	Municipal	III	Clínica Médica	80.900	323.600
			Obstétrica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	

			Saúde Mental	80.900	
Icó	Prefeito Walfrido Monteiro Sobrinho	III	Cirurgia Geral	80.900	566.300
			Obstétrica	80.900	
			Clínica Médica	80.900	
			Pediátrica	80.900	
			Traumato Ortopédica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
			Saúde Mental	80.900	
Iguatu	Regional de Iguatu	IV	Cirurgia Geral	93.330	953.310
			Obstétrica	93.330	
			Clínica Médica	93.330	
			Pediátrica	93.330	
			Traumato Ortopédica	93.330	
			Anestesiológica	93.330	
			Saúde Mental	93.330	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
	Agenor Araújo	III	UTI Adulto 10 leitos	300.000	704.500
			Clínica Médica	80.900	
			Pediátrica	80.900	
			Cirurgia Geral	80.900	
			Traumato Ortopédica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
Brejo Santo	IMTAVI – Instituto Madre Tereza de Apoio a Vida	IV	Cirurgia Geral	93.330	1.099.980
			Obstétrica	93.330	
			Clínica Médica	93.330	
			Neonatal	93.330	
			Traumato Ortopédica	93.330	
			Anestesiológica	93.330	
			UTI Adulto 8 leitos	240.000	

			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
Brejo Santo	INCRI- Instituto da Criança Menino Jesus de Praga	III	Pediátrica	80.900	80.900
Crato	São Francisco de Assis	IV	Cirurgia Geral Adulto e Pediátrica	93.330	1.759.980
			Pediátrica	93.330	
			Obstétrica	93.330	
			Clínica Médica	93.330	
			Neonatal	93.330	
			Anestesiológica	93.330	
			UTI Neonatal 10 leitos	300.000	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
			UTI Pediátrica 10 leitos	300.000	
	São Raimundo	III	Cirurgia Geral	80.900	542.700
			Traumato Ortopédica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
	Hospital Santé Cariri	IV	UTI Adulto 10 leitos	300.000	300.000
Várzea Alegre	São Raimundo	III	Cirurgia Geral	80.900	485.400
			Obstétrica	80.900	
			Clínica Médica	80.900	
			Pediátrica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
			Traumato Ortopédica	80.900	
Barbalha	Coração do Cariri	IV	Cardiológica	93.330	879.990
			Cirurgia Geral	93.330	

			Anestesiológica	93.330	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
	Santo Antonio	IV	Cirurgia Geral Adulto e Pediátrica	93.330	819.99
			Neurológica	93.330	
			Anestesiológica	93.330	
			UTI Adulto 8 leitos	240.000	
			UTI Pediátrica 10 leitos	300.000	
	São Vicente de Paulo	IV	Cirurgia Geral Adulto e Pediátrica	93.330	2.003.310
			Pediátrica	93.330	
			Obstétrica	93.330	
			Oncológica	93.330	
			Anestesiológica	93.330	
			Neonatal	93.330	
			UTI Adulto 8 leitos	240.000	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
			UTI Pediátrica 7 leitos	210.000	
			UTI Neonatal 10 leitos	300.000	
			UTI Neonatal 10 leitos Nova	300.000	
			Traumato Ortopédica	93.330	
Juazeiro do Norte	São Lucas	III	Cirurgia Geral	80.900	482.700
			Obstétrica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
			UTI Neonatal 8 leitos	240.000	
TOTAL				11.002.660	11.002.660

REGIÃO DE SAÚDE DO SERTÃO CENTRAL:

Município	Hospital	Porte	Clínica	A partir de 1º de Agosto de 2023	
				Valor Incentivo por Clínica	Valor Incentivo a ser Repassado
Canindé	São Francisco	III	Cirurgia Geral	80.900	866.300
			Obstétrica	80.900	
			Clínica Médica	80.900	
			Pediátrica	80.900	
			Traumato Ortopédica	80.900	
			Neonatal	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
			UTI Adulto Nova 10 leitos	300.000	
Quixadá	Jesus Maria José - HMJMJ	III	Cirurgia Geral	80.900	1.085.400
			Obstétrica	80.900	
			Pediátrica	80.900	
			Neonatal	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
			UTI Neonatal 10 leitos	300.000	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
			Clínica Médica	80.900	
	Eudásio Barroso	III	Clínica Médica	80.900	152.700
			Anestesiológica	50.900	
			Traumato Ortopédica	20.900	

Quixeramobim	Dr. Pontes Neto	III	Cirurgia Geral	80.900	404.500
			Obstétrica	80.900	
			Clínica Médica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
			Traumatologia Ortopédica	80.900	
Tauá	Alberto Feitosa Lima	III	Cirurgia Geral	80.900	866.300
			Obstétrica	80.900	
			Clínica Médica	80.900	
			Pediátrica	80.900	
			Traumatologia Ortopédica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
			Saúde Mental	80.900	
TOTAL				3.375.200	3.375.200

REGIÃO DE SAÚDE LITORAL LESTE JAGUARIBE:

Município	Hospital	Porte	Clínica	A partir de 1º de Agosto de 2023	
				Valor Incentivo por Clínica	Valor Incentivo a ser Repassado
Aracati	Santa Luisa de Marillac	III	Obstétrica	80.900	404.500
			Pediátrica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
			Neonatal	80.900	

			Cirurgia Geral	80.900	
	Eduardo Dias	III	Cirurgia Geral	80.900	323.600
			Clínica Médica	80.900	
			Traumato Ortopédica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
Russas	Casa de Saúde de Russas	III	Cirurgia Geral	80.900	566.300
			Obstétrica	80.900	
			Clínica Médica	80.900	
			Pediátrica	80.900	
			Traumato Ortopédica	80.900	
			Neonatal	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
Limoeiro do Norte	São Raimundo	III	Cirurgia Geral	80.900	704.500
			Obstétrica	80.900	
			Clínica Médica	80.900	
			Pediátrica	80.900	
			Anestesiológica	80.900	
			UTI Adulto 10 leitos	300.000	
TOTAL				1.998.900	1.998.900

TOTAL GERAL	-	36.107.470
-------------	---	-------------------

(*) Não habilitada pelo Ministério da Saúde (MS)

5.1.4. Previsão de Custeio Mensal dos Hospitais Estratégicos

Município	Estabelecimento	Clínica	Valor Incentivo a partir de agosto de 2023
Aquiraz	Manuel Assunção Pires	Obstétrica	60.000
Fortaleza	Cura D'Ars	Obstétrica Neonatal	120.000
	São Vicente de Paula	Saúde Mental	60.000
	Santa Casa de Misericórdia (*)	Médica Cirúrgica Oncológica	390.000
Maranguape	Argeu Braga Herbster	Cirurgia Geral Obstétrica Clínica Médica Pediátrica	240.000
Redenção	Paulo Sarasate	Médica Cirúrgica Obstétrica Pediátrica	240.000
Beberibe	Monsenhor Dourado	Médica Obstétrica	120.000
Horizonte	Venâncio Raimundo de Sousa	Obstétrica	60.000
Mucambo	Senador Carlos Jereissati	Médica Obstétrica	120.000
Santa Quitéria	Santa Quitéria	Pediátrica Obstétrica	120.000
Tamboril	Timbó Camelo	Obstétrica	60.000
Quixeramobim	Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	Pediátrica	60.000
Senador Pompeu	Santa Isabel	Pediátrica	60.000
Jaguaruana	Nossa Senhora da Expectação	Médica	60.000
Morada Nova	Francisco Galvão de Oliveira	Obstétrica Médica Cirúrgica	180.000
Iracema	Maria Roque de Macedo	Médica Obstétrica	120.000
Jaguaribe	Governador Aduino Bezerra	Obstétrica Médica	120.000
Tabuleiro do Norte	Celestina Colares	Médica Obstétrica	120.000
Aurora	Ignez Andreazza	Médica Obstétrica Cirúrgica Pediátrica	240.000
Brejo Santo	Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima	Saúde Mental	60.000
Campos Sales	Municipal de Campos Sales	Médica Obstétrica	120.000
Cedro	Zulmira Sedrin de Aguiar	Médica Obstétrica Cirúrgica	180.000

Jardim	Santo Antônio	Médica Pediátrica	120.000
Juazeiro do Norte	Maria Amélia	Pediátrica Saúde Mental	120.000
Lavras da Mangabeira	São Vicente Férrer	Médica Obstétrica Pediátrica	180.000
Mauriti	São José Mauriti	Médica Saúde Mental	120.000
Milagres	Municipal	Médica Obstétrica Saúde Mental	180.000
Missão Velha	Geral de Missão Velha	Médica Obstétrica	120.000
Mombaça	Antonina Aderaldo Castelo	Médica Obstétrica	120.000
Orós	Luzia T. da Costa	Médica Obstétrica	120.000
TOTAL			3.990.000

(*) O incentivo mensal da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza permaneceu no valor estabelecido através da Resolução nº 58/2019 do CESA, excluído o valor da clínica Traumatologia Ortopédia.

5.1.5. Contrapartida do Tesouro Estadual para Custeio dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP)

Quant	Município	Hospital de Pequeno Porte	Valor Mensal/R\$
REGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA			
1	Chorozinho	Unidade Mista de Saúde de Chorozinho	7.900,26
2	Ocara	Unidade Mista de Saúde Francisco Raimundo Marcos	10.704,89
3	Pindoretama	Hospital Centro de Parto Normal	6.056,71
4	Apuiates	Hospital São Sebastião	7.166,70
5	General Sampaio	Hospital Maternidade Julia Jorge	5.000,00
6	São Luiz do Curu	Hospital Municipal Antônio R. da Silva	3.622,76
7	Paraipaba	Hospital Municipal de Paraipaba	10.359,43
8	Tejuçuoca	Unidade Mista de Saúde Roque Silva Mota.	4.532,98
9	Guaiuba	Hospital Municipal Dom Aluizio Lordcheider	9.282,52
10	Barreira	Sociedade Beneficente de Barreira	5.143,93
11	Palmácia	Hospital Virginia Rodrigues	881,53
12	Aratuba	Hospital Padre Dionisio	4.738,54
13	Capistrano	Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Nazaré	8.222,67
14	Guaramiranga	Unidade Mista de Guaramiranga	2.744,72
15	Itapiuna	Hospital Maternidade Prof. Waldemar de Alcântara.	3.121,31
16	Mulungu	Hospital Maternidade Waldemar de Alcântara	3.651,56
17	Tururu	Unidade Mista de Saúde de Tururu.	4.526,64
18	Umirim	Unidade de Obstétrica	6.271,60
19	Uruburetama	Hospital Municipal Antônio Nery Filho	2.353,48
Valor Total			106.282,23
REGIÃO DE SAÚDE LITORAL LESTE JAGUARIBE			
1	Fortim	Unidade Mista de Saúde Dr. Waldemar Alcântara	5.741,72
2	Itaíçaba	Unidade Mista de Saúde Josefa Maria Conceição	2.400,67

3	Icapui	Unidade Mista de Saúde Maria Idalina R. Medeiros.	8.418,89
4	Jaguetama	Hospital Maternidade Adolfo B. Menezes	3.663,61
5	Palhano	Hospital Maternidade Maria Tereza Matos	3.563,26
6	Ererê	Unidade Mista de Saúde de Ererê	3.382,25
7	Quixeré	Hospital Municipal Joaquim Manoel Oliveira	5.110,71
8	Potiretama	Unidade Mista Raimundo Paiva Diogenes	5.000,00
Valor Total			37.281,11
REGIÃO DE SAÚDE DE SOBAL			
1	Catunda	Hospital Geral de Catunda	980,30
2	Frecheirinha	Hospital Maternidade Menino Jesus Praga	2.336,04
3	Groairas	Hospital Maternidade Joaquim Guimarães	1.803,00
4	Hidrolândia	Hospital Maternidade Dr. Luiz G. Fonseca Mota	1.886,38
5	Irauçuba	Unidade Mista de Saúde de Irauçuba	3.902,26
6	Meruoca	Hospital Chagas Barreto	3.587,76
7	Moraujo	Unidade Mista de Saúde de Moraújo	2.408,36
8	Reriutaba	Hospital Municipal Rita do Vale Rego.	4.833,63
9	Uruoca	Unidade Mista de Saúde de Uruoca	2.482,91
10	Varjota	Unidade de Obstétrica de Varjota	4.701,04
11	Coreau	Hospital Fernandes Teles Camilo	6.183,88
12	Morrinhos	Unidade Mista de Morrinhos	7.665,54
13	Carnaubal	Unidade Mista Nossa Senhora Auxiliadora	4.044,81
14	Independencia	Hospital Coronel João Nunes Coutinho	9.916,20
15	Martinópolis	Hospital Imaculada Conceição	4.695,18
16	Barroquinha	Unidade Mista de Saúde de Barroquinha	9.031,58
Valor Total			70.458,87
REGIÃO DE SAÚDE SERTÃO CENTRAL			
1	Banabuiú	Hospital Senador Carlos Jereissate	4.127,52
2	Choro	Hospital Maternidade Pe. Bezerra Filho	2.433,00
3	Milhã	Unidade Mista João Leopoldo P. Landim	3.647,90
4	Ibaretama	Hospital Municipal Antônio Cavalcante	2.789,35
5	Solonópolis	Hospital Maternidade N. Suely Pinheiro.	1.819,79
6	Aiuaba	Hospital Nossa Senhora do Patrocínio	4.294,37
7	Caridade	Unidade Mista Caridade	7.639,66
8	Madalena	Hospital Maternidade Mãe Totonha	3.484,91
9	Paramoti	Hospital Municipal Aramis Paiva	3.113,61
Valor Total			33.350,11
REGIÃO DE SAÚDE CARIRI			
1	Umari	Unidade Mista de Saúde de Umari.	1.917,37
2	Catarina	Unidade Mista de Saúde de Catarina	7.586,29
3	Piquet Carneiro	Unidade Mista de Saúde de Piquet Carneiro	2.876,24

4	Dep.Irapuan Pinheiro	Hospital Municipal São Bernardo	1.639,54
5	Barro	Hospital Municipal Santo Antônio.	8.666,57
6	Penaforte	Unidade Mista de Saúde João Muniz	5.000,00
7	Porteiras	Unidade Mista de Saúde de Porteiras	4.673,58
8	Salitre	Hospital Municipal Antônio Cavalcante	3.264,13
9	Nova Olinda	Unidade Mista de Saúde Ana Alencar Alves	3.227,68
10	Caririaçu	Hospital Geraldo L. Botelho	8.515,10
11	Granjeiro	Hospital Municipal Dr. José S. de Macedo	5.000,00
Valor Total			52.366,50
TOTAL GERAL			299.738,82

5.2. Programa Cuidar Melhor

O Programa Cuidar Melhor, criado pela Lei nº 17.757, de 11 de novembro de 2021, é uma iniciativa pioneira no Brasil voltada para o estabelecimento de um regime de cooperação entre Estado, municípios e sociedade civil, visando melhorar a qualidade dos serviços e os resultados em saúde no estado do Ceará, por meio de premiação anual para os municípios que obtiverem os melhores resultados em Indicadores de Esforços e que venham a realizar Práticas Inovadoras em saúde. A pactuação entre os entes, bem como o valor da premiação, foi aprovada por meio de Resolução nº 143/2021 - CIB/CE, e atualizada pelas Resoluções nº 166/2022 e nº 57/2023 - CIB/CE.

A iniciativa está estruturada nos seguintes pilares em regime de colaboração: I. Cooperação intergovernamental e intersetorial; II. Indicadores estratégicos de impacto e esforço; III. Incentivos financeiros e premiações; IV. Políticas, projetos e práticas inovadoras; V. Infraestruturas e tecnologias; VI. Educação permanente e profissional em saúde; VII. Articuladores intersetoriais do programa; VIII. Monitoramento, avaliação e produções científicas em saúde.

Os Indicadores de Esforços utilizados na premiação são: Taxa de internação por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica na população de 20 anos ou mais; Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde; Proporção de pacientes hipertensos cadastrados; Proporção de recém-nascidos filhos de gestantes adolescentes; Proporção de pacientes diabéticos cadastrados;

Proporção de cobertura vacinal de menores de 1 ano; Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação (Indicador alterado pela Resolução N° 166/2022 - CIB/CE); existência de departamento ou órgão de trânsito municipal.

Os Indicadores da premiação são transformados para uma escala que varia entre 0 (zero) e 1 (um), gerando-se um único indicador sintético que ordenará (ranking) dos 184 municípios. A premiação ocorre anualmente e em sua primeira edição teve como base para análise os dados e informações relativos ao ano de 2021.

Em 2022, foram premiados os 30 (trinta) primeiros municípios do ranking. Em 2023, o ranking foi alterado de 30 (trinta) para 50 (cinquenta) municípios, por meio da Resolução N° 57/2023 - CIB/CE. Para efeitos de premiação, foram destinados para rateio entre os municípios selecionados o valor de R\$ 11.000.000,00 (onze milhões de reais) oriundos do Tesouro Estadual.

Já a premiação do concurso Município Inovador, que reconhece as experiências e práticas mais inovadoras na atenção integral e promoção da saúde da população, considera como melhor colocação da Inovação por Município a iniciativa que obtiver as maiores notas nos critérios de: (i) inovação, (ii) resultados, (iii) equidade, (iv) replicabilidade e foco nas pessoas, e (v) sustentabilidade, transparência e controle social. Se houver empate deverão ser utilizados os critérios seguindo a ordem: inovação, resultados, equidade, replicabilidade e sustentabilidade. A premiação contempla os 10 (dez) municípios cearenses com as melhores iniciativas. cujo valor de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) oriundo do Tesouro Estadual, é rateado entre os municípios, sendo para o 1º lugar R\$ 200.000,00, 2º lugar R\$ 150.000,00, 3º lugar R\$ 130.000,00, 4º lugar R\$ 120.000,00, 5º lugar R\$ 100.000,00, 6º lugar R\$ 80.000,00, 7º lugar R\$ 70.000,00, 8º lugar R\$ 60.000,00, 9º lugar R\$ 50.000,00 e 10º lugar R\$ 40.000,00.

Os municípios vencedores das práticas inovadoras devem manter a prática premiada por no mínimo 12 (doze) meses após a premiação.

O recurso é transferido fundo a fundo, ou seja, do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES) para o Fundo Municipal de Saúde do município vencedor, respeitando a legislação vigente para esse modelo de repasse. Vale destacar que os repasses de valores financeiros serão destinados às ações e serviços públicos municipais de saúde, em conformidade com a Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012.

Ademais, os municípios das duas premiações devem estabelecer um termo de parceria com outro município, preferencialmente da mesma Região de Saúde, visando o compartilhamento e implementação de experiências e práticas exitosas. A execução deste termo de parceria não implica em transferência de recursos financeiros entre as partes.

6. Financiamento do Plano Estadual de Saúde

6.1 Financiamento SUS

O financiamento do Sistema Único de Saúde no Ceará é viabilizado através da articulação e solicitações diversas junto ao Ministério da Saúde.

O financiamento proveniente do SUS por intermédio do Fundo Nacional de Saúde - FNS é realizado de acordo com os seguintes blocos: I – Atenção Básica. II – Atenção de Média e Alta Complexidade, III – Vigilância em saúde, IV – Assistência Farmacêutica e V – Gestão do SUS.

O período entre 2020 e 2021 demonstra uma participação consideravelmente maior da parcela de financiamento do SUS pelo governo federal, ao considerarmos o ano de 2022:

Tabela 20 - Fonte de Recursos

FONTE COM DESCRIÇÃO COMPLETA	2022
	Empenhado
2.91.00 Recursos provenientes do SUS	R\$ 810.573.405,84
6.91.00 Recursos provenientes do SUS	R\$ 27.149.028,78
TOTAL FONTE SUS	R\$ 837.722.434,62

Fonte: Dados expressos na tabela acima foram retirados do SIOF no dia 10/11/2023.

FONTE COM DESCRIÇÃO COMPLETA	2023
	Empenhado
1.600.9200000 Transferências fundo a fundo de recursos do sus provenientes do governo federal - bloco de manutenção das ações e serviços públicos de saúde	R\$ 672.775.841,81
1.601.9200000 Transferências fundo a fundo de recursos do SUS provenientes do governo federal - bloco de estruturação da rede de serviços públicos de saúde	R\$ 283.627,25
1.602.9200000 Transferências fundo a fundo de recursos do SUS provenientes do governo federal - bloco de manutenção das ações e serviços públicos de saúde recursos destinados ao enfrentamento da covid-19 no bojo da ação 21c0.	R\$ 171.775,15
1.603.9200000 Transferências fundo a fundo de recursos do SUS provenientes do governo federal - bloco de estruturação da rede de serviços públicos de saúde recursos destinados ao	R\$ 0,00

FONTE COM DESCRIÇÃO COMPLETA	2023
	Empenhado
enfrentamento da covid-19 no bojo da ação 21c0.	
1.605.9200000 Assistência financeira da união destinada à complementação ao pagamento dos pisos salariais para profissionais da enfermagem.	R\$ 1.273.643,50
2.600.9200000 Transferências fundo a fundo de recursos do SUS provenientes do governo federal - bloco de manutenção das ações e serviços públicos de saúde.	R\$ 10.065.204,21
2.601.9200000 Transferências fundo a fundo de recursos do SUS provenientes do governo federal - bloco de estruturação da rede de serviços públicos de saúde.	R\$ 4.202.460,44
2.602.9200000 Transferências fundo a fundo de recursos do SUS provenientes do governo federal - bloco de manutenção das ações e serviços públicos de saúde recursos destinados ao enfrentamento da covid-19 no bojo da ação 21c0.	R\$ 14.418.823,10
2.603.9200000 Transferências fundo a fundo de recursos do SUS provenientes do governo federal - bloco de estruturação da rede de serviços públicos de saúde recursos destinados ao enfrentamento da covid-19 no bojo da ação 21c0.	R\$ 5.354.429,65
TOTAL FONTE SUS	R\$ 708.545.805,11

Fonte: Dados expressos na tabela acima foram retirados do SIOF no dia 10/11/2023.

O financiamento proveniente do SUS depende de uma articulação política institucional considerável, sendo assim, sua previsibilidade acaba sendo incerta.

6.2. Recursos Orçamentários - PPA 24-27 e PLOA 24

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA é formada pelo Fundo Estadual de Saúde (FUNDES) e Escola de Saúde Pública (ESP), sendo esta uma entidade da Administração Indireta Estadual, vinculada à SESA. A ESP, por meio da Lei nº 17.476 de 10 de maio de 2021, sofreu atualização na sua estrutura e modelo de negócio, organizando-se a partir de Eixos Estratégicos para as suas ações: Educação e Extensão, Desenvolvimento Educacional, Pesquisa em Saúde, Inovação e Tecnologia, Inteligência em Saúde, e Gestão e Governança.

Nesse contexto, consentem as previsões orçamentárias do FUNDES e da ESP autarquia, para os anos de 2024 a 2027.

Os recursos orçamentários previstos para o ano de 2024, considerando todas as fontes no Fundo Estadual de Saúde, totalizam um montante de R\$ 6.006.412.416 (seis bilhões, seis milhões, quatrocentos e doze mil, quatrocentos e dezesseis reais) para custear as ações de saúde nos blocos de estruturação (investimento), manutenção e pessoal.

Tabela 21 - Fonte de Recursos FUNDES

LIMITE LEI - TODAS AS FONTES DE RECURSO - FUNDES		
GRUPO DE PROGRAMA	2024	%
Custeio Finalístico	4.017.490.494	67
Pessoal	1.690.047.368	28
Custeio de Manutenção	144.785.822	2
Investimento - MAPP	154.088.732	3
TOTAL	6.006.412.416	100

Fonte: Elaboração própria.

Deste total, a fonte do Tesouro do Estado é a de maior volume representando 84% do total, o que em reais equivale a R\$ 5.039.494.188 (cinco bilhões, trinta e nove milhões, quatrocentos e noventa e quatro mil, cento e oitenta e oito reais). O segundo maior recurso que custeia as ações de saúde no Estado do Ceará é o advindo do Governo Federal denotando 15% do total previsto na Lei Orçamentária Anual - LOA/24, com o valor R\$ 904.248.651 (novecentos e quatro milhões, duzentos e quarenta e oito mil, seiscentos e cinquenta e um reais). Os demais recursos, do grupo das outras fontes, retratam um valor de R\$62.669.577 (sessenta e dois milhões, seiscentos e sessenta e nove mil, quinhentos e setenta e sete reais), correspondente a 1%.

Para distribuição dos limites da fonte Tesouro na LOA/2024, a Secretaria da Saúde do Ceará - SESA/CE, considerou a metodologia adotada pela Secretaria do Planejamento e Gestão -SEPLAG, que teve como referência o limite implantado pelo Comitê de Gestão Fiscal por Resultado - COGERF até junho de 2023, considerando a correção prevista pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo -

IPCA/2024. Levou-se em consideração ainda, o histórico da execução até o mês junho/23.

A fonte do Governo Federal foi elaborada de acordo com as receitas já pactuadas, que são: Transferências fundo a fundo dos Governos Municipais, dos blocos de manutenção e estruturação, COVID e não COVID e assistência do piso de enfermagem, demonstrados a seguir:

Tabela 22 - Limite Orçamentário - Fonte SUS - LOA 2024

LIMITE ORÇAMENTÁRIO - FONTE SUS - LOA 2024		
600.0.2.0.00.00	Transferências fundo a fundo de recursos do sus provenientes do governo federal - Bloco de manutenção das ações e serviços públicos de saúde	
Natureza de Receita		Limite
1713502106	MAC TF - Outros Programas Financ. por Transf. Fundo a Fundo	626.540.479
1713501110	Atenção Primária - Outros Programas Financ. por Transf. Fundo a Fundo	20.540.730
1713502102	MAC TF - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	50.756.202
1713504103	A FARM - Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional	67.864.530
1713503199	V SAÚDE - Outros Programas Financ por Transf Fundo a Fundo (6)	12.100.406
1713503102	V SAÚDE - Vigilância Sanitária	8.066.937
1713502114	MAC FAEC - Transplantes - Outros	18.907.574
601.0.2.0.00.00	Transferências fundo a fundo de recursos do sus provenientes do governo federal - Bloco de estruturação da rede de serviços públicos de saúde	
Natureza de Receita		Limite
2411512101	Transferências de Recursos do SUS - Atenção Especializada	50.000
602.9.2.0.00.00	Transferências fundo a fundo de recursos do SUS provenientes do governo federal - Bloco de manutenção das ações e serviços públicos de saúde recursos destinados ao enfrentamento da covid-19 no bojo da ação 21c0.	
Natureza de Receita		Limite
1713509102	Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo - Combate a COVID-19	20.000
605.9.2.0.00.00	Assistência financeira da união destinada à complementação ao pagamento dos pisos salariais para profissionais da enfermagem.	
Natureza de Receita		Limite
1713509103	Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo - Complementação Piso Salarial Enfermagem	48.000.000

622.9.2.0.00.00	Transferências fundo a fundo de recursos do SUS provenientes dos governos municipais.	
Natureza de Receita		Limite
1739990101	Transferências SUS - Assistência Farmacêutica - Municípios	51.371.793
VALOR TOTAL		904.248.651

Fonte: Elaboração própria.

Além da Escola de Saúde Pública, a SESA está estruturada em secretarias executivas com suas coordenadorias, responsáveis por assistir os secretários na direção, na organização, no controle e na coordenação de atividades da pasta nos assuntos relativos à sua respectiva temática de atuação, quais sejam: Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional- SEADE, Secretaria Executiva Administrativo Financeira- SEAFI, Secretaria Executiva de Planejamento e Gestão Interna- SEPGI, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde- SEVIG e Secretaria Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde - SEAPS.

Vale ressaltar o papel da SEADE, que tem como competência fortalecer a regionalização dos serviços de saúde por meio do Plano Regional de Saúde (PRS) e de legislações e diretrizes nacionais vigentes. Estão sob sua responsabilidade toda a rede de assistência dividida em cinco regionais (Superintendência de Fortaleza – SRFOR, Superintendência da Região Norte – SRNOR, Superintendência da Região do Cariri – SRSUL, Superintendência da Região do Sertão Central – SRCEN, Superintendência da Região Litoral Leste/Jaguaribe – SRLES, com suas Unidades Hospitalares e Ambulatoriais de Referência, Centros de Convivências, Unidades de Pronto Atendimento - UPAS, Centros de Especialidades Odontológicas – CEO's, e Policlínicas.

A seguir a tabela demonstrativa dos recursos orçamentários previstos para o ano de 2024, por secretaria:

Tabela 23 - Recursos orçamentários previstos para o ano de 2024

SEADE - Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional	
DESCRICAO UNIDADE	PLOA 2024
SUPERINTENDÊNCIAS	1.971.455.319
SRFOR	824.068.032
SRNOR	422.425.749

SRSUL	384.018.566
SRCEN	213.204.333
SRLES	127.738.639
UNID. HOSPITALARES	1.015.507.724
HGF	306.498.236
HM	253.954.330
HIAS	210.099.750
HGCCO	121.847.018
HSJDI	54.779.292
HMJMA	38.671.462
HSMM	29.657.636
HEMOCE / SAMU	267.561.668
HEMOCE	103.137.020
SAMU	164.424.648
AMBULATÓRIOS	43.375.852
CCAD	2.161.490
CCAJ	592.200
IPC	8.327.999
CIDH	4.948.440
CSDL	4.522.007
CSM	8.697.152
CEO JOAQUIM TÁVORA	2.312.675
CEO CENTRO	10.384.191
CEO RODOLFO TEÓFILO	1.429.698
COORDENADORIAS	105.502.946
COASA	20.000
CORAC	105.482.946
TOTAL SEADE	3.403.403.509
SEAFI - Secretaria Executiva Administrativo-Financeira	
DESCRICAO UNIDADE	PLOA 2024
SEAFI (COADM COGCO COFIN)	84.963.269
COGIB, COGBI-JUDICIAL	427.498.157
COTIC	17.670.633
TOTAL SEAFI	530.132.059
SEPGI - Secretaria Executiva de Planejamento e Gestão Interna	

DESCRICAO UNIDADE	PLOA 2024
SEPGI (CODIP COGEC CECOS)	206.696.889
COGEP	1.589.086.741
COGEP MANUTENÇÃO	88.670.125
TOTAL SEPGI	1.884.453.755
SEVIG - Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde	
DESCRICAO UNIDADE	PLOA 2024
SEVISA (COVEP COVISA COVAT)	17.511.712
CEREST	490.000
CERESTA	473.504
LACEN	43.186.735
SVO	9.115.715
TOTAL SEVIG	70.777.666
SEAPS - Secretaria Executiva da Atenção Primária e Políticas de Saúde	
DESCRICAO UNIDADE	PLOA 2024
SEAPS	17.460.233
TOTAL SEPOS	17.460.233
GABSEC	
DESCRICAO UNIDADE	PLOA 2024
ASCOM	284.301
AUDITORIA	15.509
OUVIDORIA	25.000
CESAU	779.881
SEXEC	116.000
UGP / UGP - COTIC	51.342.175
TOTAL SESA	52.562.866
ESP - Escola de Saúde Pública / FUNDES	
DESCRICAO UNIDADE	PLOA 2024
ESP - FUNDES	47.622.327
TOTAL ESP - FUNDES	47.622.327
Total Geral	6.006.412.415

Fonte: Elaboração própria.

O Plano Plurianual (PPA) é o instrumento de planejamento que estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da

administração pública estadual para as despesas de capital e outras delas decorrentes, e relativas aos programas de duração continuada, conforme disposto no artigo 165 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 203 da Constituição Estadual de 1989. O PPA declara as ações governamentais previstas para os próximos quatro anos, bem como as escolhas pactuadas com a sociedade, contribuindo para viabilizar o alcance dos resultados almejados pela população cearense.

“O PPA 2000-2003 representou um marco para o planejamento em razão da criação do programa como unidade de gestão, que organizou a ação governamental em função de problemas e/ou demandas identificadas na sociedade, com foco em resultados. Ainda no ano 2000 a Lei Orçamentária adotou a mesma estrutura, e a mesma avaliação das ações governamentais também passou a considerar os programas, sendo implementado o modelo de integração entre plano, orçamento e gestão”. PAULO, 2010, p. 178.

A partir dessa perspectiva, foram previstos os gastos dos anos de 2025 a 2027 e alocados por programas e objetivos, de acordo com o planejamento orçamentário do PPA vigente, utilizando a metodologia indicada pela Secretaria do Planejamento e Gestão (SEPLAG), órgão responsável pelo PPA.

Os programas utilizados no segmento saúde:

- 421- Gestão Administrativa do Ceará;
- 427- Encargos Gerais do Estado;
- 423- Gestão e Desenvolvimento Estratégico de Pessoas;
- 171- Atenção à Saúde, com Acesso Integral e de Qualidade;
- 172- Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde do Cidadão;
- 173- Governança e Gestão do Sistema Único de Saúde Único de Saúde com Transparência e Integridade; e
- 174- Gestão da Rede de Conhecimento, Educação, Tecnologia e Inovação em Saúde.

Demonstra-se a seguir o planejamento efetivo do FUNDES para os anos de 2024 a 2027, por grupo de despesa e fonte. Para os recursos do Tesouro foram levados em consideração os limites definidos pela SEPLAG, aplicando-se um percentual próximo ao da inflação previsto no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA.

Desta forma, os valores do Tesouro ficaram distribuídos de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 24 - Recursos Fonte 500

FONTE 500 - RECURSOS NÃO VINCULADOS DE IMPOSTOS									
GRUPO DESPESA	2024	2025	VAR %	2026	VAR %	2027	VAR %	TOTAL FUNDES 2025-2027	TOTAL ESP 2025-2027
PESSOAL	1.621.072.933	1.728.063.747	6,6	1.875.352.633	8,5	2.053.880.578	9,5	5.657.296.958	5.074.163
MANUTENÇÃO	107.743.508	108.918.199	1,1	110.195.700	1,2	111.535.680	1,2	330.649.579	18.385.921
FINALÍSTICO	3.208.677.747	3.327.399.145	3,7	3.460.521.729	4,0	3.606.139.991	4,2	10.394.060.865	125.178.954
INVEST./ MAPP	102.000.000	154.561.762	51,5	159.146.221	3,0	164.900.877	3,6	478.608.860	8.260.735
TOTAL	5.039.494.188	5.318.942.852	5,5	5.605.216.284	5,4	5.936.457.126	5,9	16.860.616.263	156.899.773

Fonte: Elaboração própria.

As demais fontes foram previstas conforme expectativa de arrecadação de receita pactuadas, aplicando-se também a inflação do IPCA, e seguindo a mesma metodologia da fonte Tesouro, conforme descrito a seguir:

Tabela 25 - Recursos Fonte 600

FONTE 600 - RECURSOS PROVENIENTES DO SUS - Manutenção								
GRUPO DESPESA	2024	2025	VAR %	2026	VAR %	2027	VAR %	TOTAL FUNDES 2025-2027
PESSOAL	63.876.459	68.092.173	6,6	73.895.734	8,5	80.930.195	9,5	286.794.561
MANUTENÇÃO	36.726.644	37.127.064	1,1	37.562.527	1,2	38.019.287	1,2	149.435.522
FINALÍSTICO	702.855.780	728.861.514	3,7	758.021.806	4,0	789.919.255	4,2	2.979.658.355
TOTAL	803.458.883	834.080.751	3,8	869.480.067	4,2	908.868.737	4,5	3.415.888.438

Tabela 26 - Recursos Fonte 601

FONTE 601 - RECURSOS PROVENIENTES DO SUS - Estruturação								
GRUPO DESPESA	2024	2025	VAR %	2026	VAR %	2027	VAR %	TOTAL FUNDES 2025-2027
INVESTIMENTO MAPP	50.000	51.000	2,0	52.513	3,0	54.411	3,6	207.924
TOTAL	50.000	51.000	2,0	52.513	3,0	54.411	3,6	207.924

Tabela 27 - Recursos Fonte 602

FONTE 602 - RECURSOS PROVENIENTES DO SUS - Manutenção COVID19								
GRUPO DESPESA	2024	2025	VAR %	2026	VAR %	2027	VAR %	TOTAL FUNDES 2025-2027
FINALÍSTICO	20.000	20.740	3,7	21.570	4,0	22.478	4,2	84.788
TOTAL	20.000	20.740	3,7	21.570	4,0	22.478	4,2	84.788

Tabela 28 - Recursos Fonte 603

FONTE 603 - RECURSOS PROVENIENTES DO SUS - Estruturação COVID19								
GRUPO DESPESA	2024	2025	VAR %	2026	VAR %	2027	VAR %	TOTAL FUNDES 2025-2027
INVESTIMENTO MAPP	30.000	30.600	2,0	31.508	3,0	32.647	3,6	124.755
TOTAL	30.000	30.600	2,0	31.508	3,0	32.647	3,6	124.755

Tabela 29 - Recursos Fonte 605

FONTE 605 - RECURSOS PROVENIENTES DO SUS - Complemento Piso Enfermagem								
GRUPO DESPESA	2024	2025	VAR %	2026	VAR %	2027	VAR %	TOTAL FUNDES 2025-2027
PESSOAL	5.100.000	5.436.600	6,6	5.899.980	8,5	6.461.641	9,5	22.898.221
FINALÍSTICO	42.900.000	44.487.304	3,7	46.267.152	4,0	48.214.068	4,2	181.868.524
TOTAL	48.000.000	49.923.904	4,0	52.167.132	4,5	54.675.709	4,8	204.766.745

Tabela 30 - Recursos Fonte 622

FONTE 622 - RECURSOS PROVENIENTES DOS GOVERNOS MUNICIPAIS								
GRUPO DESPESA	2024	2025	VAR %	2026	VAR %	2027	VAR %	TOTAL FUNDES 2025-2027
FINALÍSTICO	51.371.793	53.272.555	3,7	55.403.883	4,0	57.735.270	4,2	217.783.501
TOTAL	51.371.793	53.272.555	3,7	55.403.883	4,0	57.735.270	4,2	217.783.501

Tabela 31 - Recursos Fonte 631

FONTE 631 - CONVÊNIOS COM ÓRGÃO FEDERAIS								
GRUPO DESPESA	2024	2025	VAR %	2026	VAR %	2027	VAR %	TOTAL FUNDES 2025-2027

INVESTIMENTO MAPP	20.000	20.570	2,8	21.288	3,5	22.121	3,9	83.979
TOTAL	20.000	20.570	2,8	21.288	3,5	22.121	3,9	83.979

Tabela 32 - Recursos Fonte 634

FONTE 634 - OPERAÇÕES DE CRÉDITO EXTERNAS - BID								
GRUPO DESPESA	2024	2025	VAR %	2026	VAR %	2027	VAR %	TOTAL FUNDES 2025-2027
INVESTIMENTO MAPP	51.331.616	52.358.248	2,0	53.911.247	3,0	55.860.654	3,6	213.461.765
TOTAL	51.331.616	52.358.248	2,0	53.911.247	3,0	55.860.654	3,6	213.461.765

Tabela 33 - Recursos Fonte 636

FONTE 636 - CONVÊNIOS COM ÓRGÃOS PRIVADOS								
GRUPO DESPESA	2024	2025	VAR %	2026	VAR %	2027	VAR %	TOTAL FUNDES 2025-2027
FINALÍSTICO	1.261.039	1.307.698	3,7	1.360.016	4,0	1.417.245	4,2	5.345.998
INVESTIMENTO MAPP	667.116	680.458	2,0	700.642	3,0	725.977	3,6	2.774.193
TOTAL	1.928.155	1.988.156	3,1	2.060.658	3,6	2.143.222	4,0	8.120.191

Tabela 34 - Recursos Fonte 659

FONTE 659 - RECURSOS DIRETAMENTE ARRECADADOS								
GRUPO DESPESA	2024	2025	VAR %	2026	VAR %	2027	VAR %	TOTAL FUNDES 2025-2027
MANUTENÇÃO	315.670	319.112	1,1	322.855	1,2	326.780	1,2	1.284.417
FINALÍSTICO	8.754.136	9.078.040	3,7	9.441.234	4,0	9.838.520	4,2	37.111.930
TOTAL	9.069.806	9.397.152	3,6	9.764.089	3,9	10.165.300	4,1	38.396.347

Em relação a autarquia Escola de Saúde Pública – ESP, os recursos orçamentários previstos para o ano de 2024, considerando todas as fontes, totalizam um montante de R\$ 585.330 (quinhentos e oitenta e cinco mil, trezentos e trinta reais) para custear as ações sob sua responsabilidade.

Tabela 35 - Recursos Escola de Saúde Pública – ESP

LIMITE LEI - TODAS AS FONTES DE RECURSO ESP		
GRUPO DE PROGRAMA	2024	%
CUSTEIO FINALÍSTICO	80.000	14
CUSTEIO DE MANUTENÇÃO	225.330	38
INVESTIMENTO - MAPP	280.000	48
TOTAL	585.330	100

Fonte: Elaboração própria.

A ESP é custeada por duas fontes, os Recursos Diretamente Arrecadados e os Convênios com Órgãos Privados. Do total apresentado 97% são referentes aos recursos próprios, o que representa um valor de R\$565.330,00 (quinhentos e sessenta e cinco mil, trezentos e trinta reais), ficando o restante (3%) referente a Convênios com Instituições privadas.

Os programas utilizados pela ESP autarquia perfazem 3(três):

- 174- Gestão da REDE de Conhecimento, Educação, Tecnologia e Inovação em Saúde;
- 421- Gestão Administrativa do Ceará;
- 423- Gestão e Desenvolvimento Estratégico de Pessoas;

A seguir, demonstra-se o planejamento dos recursos para os anos de 2024 a 2027, por programa e ação da ESP:

Tabela 36 - Recursos Programa 174

PROGRAMA 174- Gestão da REDE de Conhecimento, Educação, Tecnologia, e Inovação em Saúde								
AÇÃO	2024	2025	VAR %	2026	VAR %	2027	VAR %	TOTAL ESP 2025-2027
Processo Seletivo para contratação Profissionais municípios	60.000	61.854	3,1	63.760	3,1	65.722	3,1	251.336
Qualificação dos Trabalhadores da ESP	10.000	10.000	0,0	10.000	0,0	10.000	0,0	40.000
Desenvolvimento de Soluções Tecnológicas - ESP	10.000	10.000	0,0	10.000	0,0	10.000	0,0	40.000
TOTAL	80.000	81.854	2,3	83.760	2,3	85.722	2,3	331.336

Tabela 37 - Recursos Programa 421

PROGRAMA 421 - Gestão Administrativa do Ceará								
AÇÃO	2024	2025	VAR %	2026	VAR %	2027	VAR %	TOTAL ESP 2025-2027
Aquisição e Instalação de Material Permanente- ESP	10.000	278.343	2.683,4	286.915	3,1	295.753	3,1	871.011
Aquisição e Instalação de Material Permanente de Tecnologia - ESP	250.000	278.343	11,3	286.915	3,1	295.753	3,1	1.111.011
Realização de Obras de Reforma ou Estruturação Física Adm.	10.000	278.343	2.683,4	286.915	3,1	295.753	3,1	871.011
Manutenção dos Serviços administrativos - ESP	215.330	232.292	7,9	239.447	3,1	246.822	3,1	933.891
Manutenção da Área de Tec. da Informação e Comunicação- EPS	10.000	232.292	2.222,9	239.447	3,1	246.822	3,1	728.561
TOTAL	495.330	1.299.613	162,4	1.339.639	3,1	1.380.903	3,1	4.515.485

Tabela 38 - Recursos Programa 423

PROGRAMA 423 - Gestão e Desenvolvimento Estratégico de Pessoas								
AÇÃO	2024	2025	VAR %	2026	VAR %	2027	VAR %	TOTAL ESP 2025-2027
Realização de Concurso Público - ESP	-	50.000	-	10.000	-80,0	10.000	0,0	70.000
Implantação Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) da ESP	10.000	10.309	3,1	10.626	3,1	10.954	3,1	41.889
TOTAL	10.000	60.309	503,1	20.626	-65,8	20.954	1,6	111.889

7. Mapa Estratégico Sesa 2024-2027



8. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI)

Diretriz 1: Aprimorar a assistência e as redes de atenção à saúde de forma regionalizada, integrada e humanizada, tendo a Atenção Primária à Saúde como estratégia do cuidado integral de forma a impactar positivamente na situação de saúde do estado.

Objetivo Estratégico 1.1: Fortalecer as redes de atenção à saúde assegurando o acesso às ações e serviços de saúde de forma integrada, equânime e regionalmente bem distribuída, em consonância com as prioridades sanitárias.

Meta 1.1.1: Reduzir a taxa de mortalidade infantil em crianças menores de 1 ano de idade passando de 10,7 em 2021 para 9,5 até 2027.

Indicador: **Taxa de mortalidade infantil**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Taxa	10,70	2021	10,40	10,10	9,80	9,50

Meta 1.1.2: Reduzir a razão de mortalidade materna obstétrica, passando de 76,30 da média histórica para 60,3 em 2027.

Indicador: **Razão de mortalidade materna**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Razão	76,30	Média da série histórica de 2016 a 2022.	71,90	67,80	63,90	60,30

Meta 1.1.3: Reduzir a taxa de mortes evitáveis de recém-nascidos menores de 28 dias, passando de 7,3 em 2021 para 6,5 até 2027.

Indicador: **Taxa de mortalidade neonatal**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Taxa	7,30	2021	7,10	6,90	6,70	6,50

Meta 1.1.4: Reduzir a taxa de mortalidade prematura por doenças não transmissíveis (DNTs), passando de 268,20 óbitos prematuros por 100 mil habitantes em 2019 para 247,40 até 2027.

Indicador: **Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelos principais grupos de Doenças Crônicas não Transmissíveis.**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Taxa	268,20	2019	262,80	257,60	252,40	247,40

Meta 1.1.5: Reduzir a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por câncer de mama feminino, passando de 21,10 em 2015 para 19,40 até 2027.

Indicador: **Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por câncer de mama feminino.**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Taxa	21,10	2015	19,80	19,70	19,50	19,40

Meta 1.1.6: Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do colo do útero, passando de 9,40 em 2015 para 7,80 até 2027.

Indicador: **Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do colo do útero**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Taxa	9,40	2015	8,20	8,10	8,00	7,80

Meta 1.1.7: Iniciar o tratamento de 100% dos pacientes com neoplasia maligna comprovada no prazo de até 60 dias após o diagnóstico, até 2027.

Indicador: **Percentual de pacientes com câncer que iniciaram o tratamento no prazo de até 60 dias após o diagnóstico**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	39,20%	2021	60%	70%	80%	100%

Meta 1.1.8: Implantar 4 unidades hospitalares até 2027, sendo: Hospitais Polos regionais em Maciço de Baturité e Centro-sul e Hospital Universitário - UECE em Fortaleza.

Indicador: **Unidade hospitalar implantada**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Número Absoluto	0	2023	0	1	1	2

Meta 1.1.9: Fortalecer e ampliar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência implantando 08 Centros Especializados em Reabilitação até 2027

Indicador: **Número de Centro Especializado em Reabilitação Implantado**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Número Absoluto	1	2022	2	2	2	2

Meta 1.1.10: Reduzir a taxa de mortalidade por suicídio passando de 8,9 em 2021 para 7,3 até 2027.

Indicador: **Taxa de mortalidade específica por causas externas (suicídio)**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Taxa	8,90	2021	8,10	7,80	7,50	7,30

Meta 1.1.11: Formular Projetos Institucionais em 100% dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial do Ceará a partir das diretrizes da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Indicador: **Percentual de Serviços de Saúde Mental da RAPS com Projetos Institucionais Formulados**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	*	*	40%	60%	80%	100%

* Por se tratar de um novo projeto, o indicador não dispõe de série histórica.

Meta 1.1.12: Reduzir a proporção de gravidez na adolescência, passando de 13,80% em 2021 para 12,20% até 2027.

Indicador: **Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027

Percentual	13,80%	2021	13,40%	13,00%	12,60%	12,20%
------------	--------	------	--------	--------	--------	--------

Objetivo Estratégico 1.2: Aprimorar a Atenção Primária à Saúde fortalecendo a Estratégia Saúde da Família de base territorial, comunitária e interprofissional.

Meta 1.2.1: Ampliar o percentual de cobertura da saúde bucal na atenção primária, passando de 65,2% em 2023 para 70% até 2027.

Indicador: **Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	65,2%	2023	66%	67%	68%	70%

Meta 1.2.2: Ampliar para 60% a taxa de conclusão de tratamentos em relação à primeira consulta odontológica programática em saúde bucal.

Indicador: **Percentual de Tratamento Concluído por equipe de Saúde Bucal (eSB).**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Razão	0,50	2022	0,50	0,50	50	60

Meta 1.2.3: Aprimorar a Estratégia Saúde da Família por meio da adesão de 100% dos municípios aos núcleos municipais de segurança do paciente.

Indicador: **Percentual de municípios com núcleos de segurança do paciente voltados à Atenção Primária à Saúde implantados.**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	*	*	20%	50%	80%	100%

* Por se tratar de um novo projeto, o indicador não dispõe de série histórica.

Meta 1.2.4: Reduzir o percentual de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária de 17,55% em 2022 para 15,86% até 2027.

Indicador: **Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	17,55%	2022	17,11%	16,68%	16,27%	15,86%

Meta 1.2.5: Ampliar a proporção de idosos com avaliação multidimensional na atenção primária para 10% até 2027.

Indicador: **Proporção de idosos com avaliação multidimensional da pessoa idosa realizada na atenção primária**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	0,604%	2022	2,50%	5,0%	7,50%	10,0%

* O Digisus só permite duas casas decimais após a vírgula, ficou cadastrado como 0,60% no valor referência.

Meta 1.2.6: Reduzir a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade passando de 15,10 em 2022 para 10,0 até 2027.

Indicador: **Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Taxa	15,10	2022	13,00	12,00	11,00	10,00

Meta 1.2.7: Apoiar a ampliação para 70% da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Estado até 2027.

Indicador: **Cobertura Populacional Estimada por Agentes Comunitários de Saúde**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	62,18%	2023	64,14%	66,09%	68,05%	70,00%

Objetivo Estratégico 1.3: Garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos, pelo fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde.

Meta 1.3.1: Ampliar o acesso da população aos medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica em consonância com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Indicador: **Percentual de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica distribuídos**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	*	*	81,50%	83,0%	84,50%	86,0%

* Por se tratar de um novo projeto, o indicador não dispõe de série histórica.

Meta 1.3.2: Assegurar o acesso aos medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica, por meio da compra centralizada, em consonância com os medicamentos programados pelos municípios.

Indicador: **Percentual Financeiro de Medicamentos Básicos distribuídos em consonância com os valores programados pelo município**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	80%	2023	81,50%	83,0%	84,50%	86,0%

Objetivo Estratégico 1.4: Tornar o processo de atendimento mais acessível, rápido, resolutivo e humanizado regionalmente.

Meta 1.4.1: Assegurar o percentual de satisfação dos usuários das unidades de saúde da Rede Sesa para 90% ou mais.

Indicador: **Índice de satisfação dos usuários com os serviços assistenciais de saúde**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	90%	2023	90%	90%	90%	90%

Meta 1.4.2: Aumentar o percentual de realização de cirurgias eletivas em relação ao exercício anterior, iniciando em 5% em 2024 e alcançando 15% até 2027.

Indicador: **Percentual de Incremento no Número de Cirurgias Eletivas**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	99.678*	2023	5%	7%	10%	15%

* O valor de referência para 2024 é a média de cirurgias eletivas realizadas nos anos de 2021 a 2023.

Meta 1.4.3: Ampliar o percentual de pessoas beneficiadas com Órtese, Prótese e Meios de Locomoção (OPM) no ano, passando de 77,20% em 2021 para 80,00% até 2027.

Indicador: **Percentual de pessoas beneficiadas com Órtese, Prótese e Meios de Locomoção (OPM) no ano**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	77,20%	2021	80,30%	83,50%	80,00%	80,00%

Diretriz 2: Fortalecer a vigilância em saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de proteção da saúde da população.

Objetivo Estratégico 2.1: Ampliar e apoiar a promoção da saúde e prevenção de doenças para reduzir os agravos e doenças, bem como os riscos à saúde da população.

Meta 2.1.1: Ampliar a proporção de encerramento oportuno das doenças preveníveis por vacina (coqueluche, difteria, meningite, paralisia flácida aguda/poliomielite, rubéola, síndrome da rubéola congênita, sarampo e tétano) passando de 89,30% em 2023 para 95% em 2027.

Indicador: **Proporção de fichas encerradas oportunamente (60 dias) de doenças preveníveis por vacina**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	89,30%	2023	90%	92%	94%	95%

Meta 2.1.2: Aumentar a proporção de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar examinados passando de 77,2% em 2022 para 85% em 2027.

Indicador: **Proporção de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar examinados**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	77,20%	2022	75%	78%	80%	85%

Meta 2.1.3: Assegurar 100% de cobertura das vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança

Indicador: **Percentual de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais adequadas**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	100%	2018	100%	100%	100%	100%

Meta 2.1.4: Ampliar o percentual de municípios do Ceará com o teste rápido para Hanseníase implantado, passando de 55,4% em 2023 para 100% até 2027.

Indicador: **Proporção de municípios com o teste rápido de hanseníase implantados**

Unidade de	Valor de	Ano de	Metas Anual			
------------	----------	--------	-------------	--	--	--

Medida	Referência	Referência	2024	2025	2026	2027
Percentual	55,40%	2023	70%	80%	90%	100%

Objetivo Estratégico 2.2: Fortalecer a regionalização das ações e dos serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador para proteção da saúde da população.

Meta 2.2.1: Ampliar o percentual de municípios que realizam as 7 ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios, passando de 71% em 2022 para 85% até 2027.

Indicador: **Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	71%	2022	71%	75%	80%	85%

Meta 2.2.2: Ampliar o número de hospitais no Estado do Ceará vinculados à Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH), passando de 36 em 2023 para 76 até 2027.

Indicador: **Número de unidades de saúde hospitalar que aderiram à RENAVEH**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Número Absoluto	9	2020	10	10	10	10

Meta 2.2.3: Ampliar para 50% até 2027 o percentual de municípios que executam as ações de saúde do trabalhador, contemplando 60% dos critérios estabelecidos.

Indicador: **Percentual de municípios realizando ações de saúde do trabalhador**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	5%	2022	10%	20%	35%	50%

Meta 2.2.4: Ampliar as ações de vigilância e o controle das zoonoses, entomologia e animais peçonhentos no Ceará.

Indicador: **Percentual de desempenho do monitoramento das ações de zoonoses, entomologia e controle de vetores com foco na saúde única.**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
-------------------	---------------------	-------------------	-------------	--	--	--

			2024	2025	2026	2027
Percentual	33,30%	2022	33,30%	50,00%	80,00%	100,00%

Meta 2.2.5: Implantar a Vigilância em Saúde de Risco Associados aos Desastres (Vigidesastres) em 64 municípios que decretaram situação de emergência por desastres anualmente no Estado do Ceará, até 2027.

Indicador: **Número de municípios do Ceará que decretaram situação de emergência com o Programa Vigidesastres Implantado**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Número Absoluto	*	*	16	32	48	64

* Por se tratar de um novo projeto, o indicador não dispõe de série histórica.

Meta 2.2.6: Implantar 1 Unidades de Vigilância de Zoonoses e Entomologia (UVZ) nas Regiões de Saúde do Ceará, passando de 1 em 2023 para 2 em 2027

Indicador: **Número de Unidades de Vigilância de Zoonoses e Entomologia (UVZ) implantadas**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Número Absoluto	1	2023	0	1	0	1

Diretriz 3: Fortalecer o Sistema de Governança, a Gestão do SUS e o Controle Social com vistas a dar eficiência e efetividade ao ciclo de implementação das políticas de saúde.

Objetivo Estratégico 3.1: Aprimorar a comunicação do sistema estadual de saúde para assegurar o controle, a transparência e o acesso às informações qualificadas.

Meta 3.1.1: Ampliar o número de ouvidorias do SUS no Estado do Ceará, passando de 226 em 2023 para 239 até 2027.

Indicador: **Número de ouvidorias implantadas**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Número Absoluto	1	2021	5	3	3	2

Meta 3.1.2: Responder às demandas da sociedade no prazo estabelecido em legislação, por meio dos sistemas de ouvidorias, alcançando 94% de manifestações respondidas.

Indicador: **Percentual de manifestações respondidas no prazo**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	*	*	94%	94%	94%	94%

* Valor da Meta estabelecido pela CGE.

Meta 3.1.3: Implementar o Programa de Integridade executando 98% das ações do Plano de Integridade até 2027.

Indicador: **Índice de desempenho do Plano de Integridade da Sesa**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	77,80%	2023	81%	84%	97%	98%

Objetivo Estratégico 3.2: Fortalecer os processos de controle das ações e serviços de saúde, de forma a assegurar o acesso e a qualidade da assistência em saúde.

Meta 3.2.1: Avaliar e certificar 10 unidades de saúde da rede Sesa até 2027, garantindo o atendimento de critérios da qualidade.

Indicador: **Número de Unidades de Saúde Certificadas**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Número Absoluto	9	2022	0	3	0	7

Meta 3.2.2: Implantar, em nível central, o Sistema de Gestão da Qualidade com certificação de 03 escopos prioritários até 2027.

Indicador: **Número de escopos certificados no Sistema de Gestão da Qualidade no âmbito da Sesa**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Número Absoluto	0	2023	0	1	0	2

Meta 3.2.3: Atender as demandas internas e externas de auditorias do Sistema Único de Saúde do Ceará.

Indicador: **Número de auditorias concluídas**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Número Absoluto	7	2020	4	5	5	6

Objetivo Estratégico 3.3: Promover o desenvolvimento institucional, qualificando a estrutura organizacional, a arquitetura de processos e os sistemas gerenciais e organizacionais.

Meta 3.3.1: Aumentar o Índice de Desempenho Institucional da Sesa, passando de 69,50% em 2022 para 78% até 2027.

Indicador: **Índice de Desempenho Institucional**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	69,5%	2022	72%	74%	76%	78%

Meta 3.3.2: Reduzir os riscos operacionais e aumentar a eficiência dos processos críticos da Sesa por meio da modelagem de 100% do escopo de processos críticos estabelecidos, até 2027.

Indicador: **Percentual de processos críticos modelados**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	25%	2022	25%	50%	70%	100%

Meta 3.3.3: Ampliar a eficiência dos processos da cadeia de suprimentos para 9,70 até 2027.

Indicador: **Índice de eficiência da cadeia de suprimentos**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Taxa	*	*	7,92	8,49	9,20	9,70

* Por se tratar de um novo indicador, o indicador não dispõe de série histórica.

Objetivo Estratégico 3.4: Promover a participação e controle social fortalecendo a governança e gestão na política pública de saúde.

Meta 3.4.1: Assegurar a análise dos instrumentos de planejamento do SUS pelos Conselhos de Saúde (municipais e estadual).

Indicador: **Percentual de análises registradas no Digisus**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	41,84%	2022	42%	60%	70%	80%

Objetivo Estratégico 3.5: Fortalecer o processo de regionalização e a organização do Sistema Único de Saúde, qualificando as estruturas de governança, a capacidade de gestão e os fluxos de referência.

Meta 3.5.1: Implementar o modelo de governança da Sesa atingindo 90% dos itens do instrumento de avaliação, de forma a integrar e garantir a operacionalização das instâncias de apoio à governança.

Indicador: **Percentual de atendimento aos itens do modelo de governança da SESA**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	82,72%	2023	84%	86%	00,00%	90%

Meta 3.5.2: Ampliar o número de municípios com Planos de Saúde Municipais elaborados e monitorados no DigiSUS, alcançando 100% até 2027.

Indicador: **Percentual de municípios com Relatório Anual de Gestão elaborado e publicado no Digisus**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	46,74%	2022	70%	80%	90%	100%

Meta 3.5.3: Garantir os meios operacionais para funcionamento das estruturas de governança das Redes de Atenção à Saúde.

Indicador: **Número de Superintendências Regionais com Comitês de Apoio à Governança Regional em pleno funcionamento**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027

Número Absoluto	5	2023	5	5	5	5
-----------------	---	------	---	---	---	---

Meta 3.5.4: Prover as Superintendências Regionais de condições técnicas, administrativas e jurídicas para o desenvolvimento de suas responsabilidades como instância de coordenação regional.

Indicador: **Número de Superintendências Regionais com estrutura adequada ao pleno funcionamento**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Número Absoluto	5	2022	5	5	5	5

Objetivo Estratégico 3.6: Formular, regulamentar e avaliar as políticas de saúde alinhadas às prioridades sanitárias do Estado.

Meta 3.6.1: Formular políticas de saúde de acordo com as prioridades e necessidades da população.

Indicador: **Número de políticas de saúde formuladas**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Número Absoluto	2	2022	1	1	2	2

Meta 3.6.2: Avaliar os resultados da implantação das políticas de saúde

Indicador: **Número de políticas de saúde avaliadas**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Número Absoluto	*	*	2	2	2	2

* Por se tratar de um novo projeto, o indicador não dispõe de série histórica.

Meta 3.6.3: Qualificar as práticas nos serviços de saúde por meio da publicação e divulgação de instrumentos técnicos, informativos e gerenciais.

Indicador: **Número de instrumentos técnicos, informativos e gerenciais publicados.**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Número	*	*	6	6	6	6

Absoluto						
----------	--	--	--	--	--	--

* Por se tratar de um novo indicador, ainda não dispõe de série histórica.

Diretriz 4: Fortalecer a gestão do trabalho, a educação na saúde, a pesquisa, as soluções tecnológicas e as iniciativas inovadoras aprimorando a rede de conhecimento.

Objetivo Estratégico 4.1: Ampliar e qualificar o acesso às informações, por meio de iniciativas de inovação e adoção de soluções tecnológicas integradas e seguras.

Meta 4.1.1: Integrar 100% dos sistemas de informações dos serviços de saúde do Estado até 2027, de forma a qualificar o acesso às informações e garantir a segurança dos dados.

Indicador: **Percentual de integração dos sistemas de informações dos serviços de saúde do Estado**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	46,65%	2023	60,0%	73,30%	86,0%	100%

Meta 4.1.2: Desenvolver 04 iniciativas inovadoras até 2027 que resultem em agregação de novas funcionalidades ou características a produtos, serviços e processos, de forma a resultar em melhorias e em efetivo ganho de qualidade ou desempenho.

Indicador: **Número de Iniciativas Inovadoras criadas**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Número Absoluto	*	*	1	1	1	1

*Não foi levado em consideração os anos anteriores, tendo em vista que a ESP avaliou que seria ideal reduzir de 4 para 1 iniciativa criada por ano, pela complexidade do processo de criação de novas tecnologias, considerando: tempo gasto no processo de criação, discussões, reuniões até a tomada de decisão.

Objetivo Estratégico 4.2: Assegurar a gestão do trabalho e educação na saúde, viabilizando a integração ensino-serviço e comunidade, o apoio às pesquisas em saúde e a qualificação dos trabalhadores da saúde.

Meta 4.2.1: Ampliar o percentual de trabalhadores de saúde e áreas afins capacitados para os sistemas e serviços de saúde, passando de 8,16% em 2022 para 11,16% até 2027.

Indicador: **Percentual de trabalhadores capacitados**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	8,16%	2022	8,16%	9,16%	10,16%	11,16%

Meta 4.2.2: Ampliar a Rede Saúde Escola no Estado, aumentando o percentual de municípios com Núcleo de Educação Permanente, passando de 52% em 2023 para 83% até 2027.

Indicador: **Percentual de municípios com Núcleo de Educação Permanente instalados**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	52%	2023	60%	65%	70%	83%

Meta 4.2.3: Ampliar o número de pesquisas realizadas com foco em melhorias do sistema de saúde para 90% em 2027.

Indicador: **Percentual de pesquisas autorizadas e realizadas**

Unidade de Medida	Valor de Referência	Ano de Referência	Metas Anual			
			2024	2025	2026	2027
Percentual	75%	2023	80%	85%	88%	90%

9. Harmonização com o Plano Plurianual (PPA)

Os Planos Estratégicos da Sesa foram elaborados de forma participativa e colaborativa. A partir da Análise de Situação de Saúde (ASIS) e da ampla discussão com os diversos atores nos grupos de trabalho foi possível elaborar as diretrizes estratégicas que norteiam e organizam a agenda estratégica respeitando a estrutura de cada plano.

O Plano Plurianual (PPA) é um instrumento de planejamento previsto na Constituição Federal de 1988 e na Constituição Estadual que estabelece as diretrizes, os objetivos e as metas de médio prazo para a Administração Pública Estadual, para um período de quatro anos, iniciando-se no segundo exercício financeiro do mandato do chefe do Executivo e terminando no primeiro exercício financeiro do mandato subsequente.

Os Eixos Estratégicos do PPA, representam o nível máximo de ordenamento do Plano, uma vez que organizam a atuação governamental de forma integrada, articulada e sistêmica, com o propósito de atender as necessidades e desafios impostos ao Estado diante da complexidade da missão de tornar o Ceará um Estado com desenvolvimento sustentável e qualidade de vida. Os Eixos foram construídos de modo a contemplar os Temas Estratégicos, que, por sua vez, contribuirão para o alcance dos impactos esperados. A SESA está localizada no Eixo 1: O Ceará que cuida, educa e valoriza as pessoas, no Tema Estratégico: Saúde. Deste modo, as Diretrizes do Plano Estadual de Saúde dialogam com os Programas Governamentais do Plano Plurianual, conforme ilustrado no Quadro 13.

Quadro 13 - Diretrizes do Plano Estadual

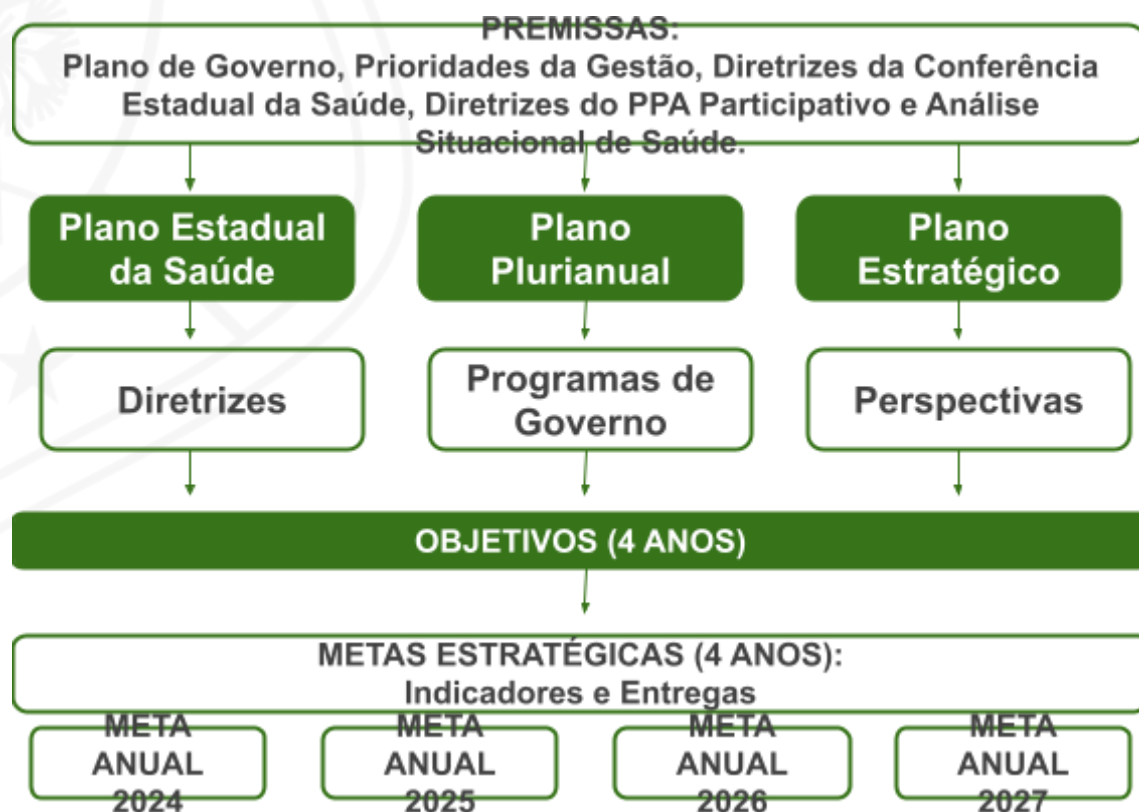
Diretriz	Programa
Aprimorar a assistência e as redes de atenção à saúde de forma regionalizada, integrada e humanizada, tendo a Atenção Primária à Saúde como estratégia do cuidado integral de forma a impactar positivamente na situação de saúde do estado.	Atenção à saúde, com acesso integral e de qualidade
Fortalecer a vigilância em saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de proteção da saúde da população.	Prevenção de doenças e promoção da saúde do cidadão
Fortalecer o Sistema de Governança, a Gestão do SUS e o Controle Social com vistas a dar eficiência e efetividade ao ciclo de	Governança e gestão do Sistema Único de Saúde com transparência e integridade.

implementação das políticas de saúde.	
Fortalecer a gestão do trabalho, a educação na saúde, a pesquisa, as soluções tecnológicas e as iniciativas inovadoras aprimorando a rede de conhecimento.	Gestão da rede de conhecimento, educação, tecnologia e inovação em saúde.

Cabe destacar que o Plano Estadual de Saúde também se alinha aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável consiste em um plano de ação, assinado em 2015, por líderes de 193 países, inclusive do Brasil, no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), sendo composto por um conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), aos quais são associadas 169 metas, com o propósito de erradicar a pobreza, proteger o planeta e garantir que as pessoas alcancem a paz e a prosperidade. A Sesa evidencia o alinhamento existente entre o seu Plano Estadual de Saúde, Plano Plurianual e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), colaborando para o atingimento das metas nacionais relacionadas ao desenvolvimento global e à sustentabilidade do planeta.

Desta forma, os três planos tiveram como base as mesmas premissas, se adequando a casa estrutura, convergindo para os mesmos objetivos e metas, como pode ser visualizado na Figura 91.

Figura 91 - Fluxo das premissas para construção dos planos



Fonte: Codip/Sepgi/Sesa.

Além do cuidado de alinhar os objetivos entre os três planos, considerando também os Planos de Saúde Regionais (PSR), a metodologia também buscou convergir os resultados esperados, alinhando os indicadores dos planos.

O alinhamento entre os resultados esperados dos planos leva em consideração a estrutura de cada plano. Foi avaliado, além dos indicadores que são comuns entre os planos estratégicos (PES, PPA e PE Sesa), as entregas do PPA que colaboram diretamente para o desempenho de indicadores e os indicadores dos PSR's que são comuns aos indicadores estratégicos da Sesa e os que colaboram diretamente para o desempenho dos indicadores estratégicos.

A seguir, apresentamos a Matriz de Coerência dos Indicadores da DOMI Estadual:

DIRETRIZ 1: Aprimorar a assistência e as redes de atenção à saúde de forma regionalizada, integrada e humanizada, tendo a Atenção Primária à Saúde como estratégia do cuidado integral de forma a impactar positivamente na situação de saúde do estado.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DESCRITIVA	INDICADOR	UNID MEDIDA	METAS				ALINHAMENTO				
				2024	2025	2026	2027	PES	PPA	PE	PRS	ODS
1.1 Fortalecer as redes de atenção à saúde assegurando o acesso às ações e serviços de saúde de forma integrada, equânime e regionalmente bem distribuída, em consonância com as prioridades sanitárias.	1.1.1 Reduzir a taxa mortalidade infantil em crianças menores de 1 ano de idade passando de 10,7 em 2021 para 9,5 até 2027	Taxa de mortalidade infantil	Taxa	10,40	10,10	9,80	9,50	✓	✓	✓	✓	✓
	1.1.2 Reduzir a razão de mortalidade materna obstétrica, passando de 76,30 da média histórica para 60,3 em 2027.	Razão de mortalidade materna	Razão	71,90	67,80	63,90	60,30	✓	✓	✓	✓	✓
	1.1.3 Reduzir a taxa de mortes evitáveis de recém-nascidos menores de 28 dias, passando de 7,3 em 2021 para 6,5 até 2027.	Taxa de mortalidade neonatal	Taxa	7,10	6,90	6,70	6,50	✓	✓		✓	✓
	1.1.4 Reduzir a taxa de mortalidade prematura por doenças não transmissíveis (DNTs), passando de 268,20 óbitos prematuros por 100 mil habitantes em 2019 para 247,40 até 2027.	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelos principais grupos de Doenças Crônicas não Transmissíveis	Taxa	262,8	257,6	252,4	247,4	✓	✓		✓	✓
	1.1.5 Reduzir a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por câncer de mama feminino, passando de 21,10 em 2015 para 19,40 até 2027.	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por câncer de mama feminino	Taxa	19,80	19,70	19,50	19,40	✓	✓			✓
	1.1.6 Reduzir a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do colo do útero, passando de 9,40 em 2015 para 7,80 até 2027.	Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do colo do útero	Taxa	8,20	8,10	8,00	7,80	✓	✓			✓

	1.1.7 Iniciar o tratamento de 100% dos pacientes com neoplasia maligna comprovada no prazo de até 60 dias após o diagnóstico, até 2027.	Percentual de pacientes com câncer que iniciaram o tratamento no prazo de até 60 dias após o diagnóstico	Percentual	60,00	70,00	80,00	100,00	✓				
	1.1.8 Implantar 3 unidades hospitalares até 2027, sendo: Hospitais Polos regionais em Maciço de Baturité e Centro-sul e Hospital Universitário - UECE em Fortaleza.	Unidade hospitalar implantada	Número Absoluto	0	1	0	2	✓	✓			
	1.1.9 Fortalecer e ampliar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência implantando 08 Centros Especializados em Reabilitação até 2027	Número de Centro Especializado em Reabilitação Implantado	Número Absoluto	2	2	2	2	✓	✓		✓	
	1.1.10 Reduzir a taxa de mortalidade por suicídio passando de 8,9 em 2021 para 7,3 até 2027.	Taxa de mortalidade específica por causas externas (suicídio)	Taxa	8,10	7,80	7,50	7,30	✓	✓		✓	
	1.1.11 Formular Projetos Institucionais em 100% dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial do Ceará a partir das diretrizes Política Estadual de Saúde Mental Álcool e outras Drogas.	Percentual de Serviços de Saúde Mental da RAPS com Projetos Institucionais Formulados	Percentual	40,00	60,00	80,00	100,00	✓				
	1.1.12 Reduzir a proporção de gravidez na adolescência, passando de 13,80% em 2021 para 12,20% até 2027.	Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes	Percentual	13,40	13,00	12,60	12,20	✓			✓	
1.2 Aprimorar a Atenção Primária à Saúde fortalecendo a Estratégia Saúde da Família de base territorial, comunitária e interprofissional.	1.2.1 Ampliar o percentual de cobertura da saúde bucal na atenção primária, passando de 65,2% em 2023 para 70% até 2027.	Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária	Percentual	66,00	67,00	68,00	70,00	✓			✓	
	1.2.2 Manter em 0,50 a razão entre tratamentos concluídos e primeira consulta odontológica programática em saúde bucal.	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas pelas equipes de Saúde Bucal na APS	Razão	0,50	0,50	0,50	0,50	✓				

	1.2.3 Aprimorar a Estratégia Saúde da Família por meio da adesão de 100% dos municípios aos núcleos municipais de segurança do paciente	Percentual de municípios com núcleos de segurança do paciente voltados à Atenção Primária à Saúde implantados.	Percentual	20,00	50,00	80,00	100,00	✓				
	1.2.4 Reduzir o percentual de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária de 17,55% em 2022 para 15,86% até 2027.	Proporção de internação por condições sensíveis à atenção primária	Percentual	17,11	16,68	16,27	15,86	✓	✓	✓	✓	
	1.2.5 Ampliar a proporção de idosos com avaliação multidimensional na atenção primária para 10% até 2027.	Proporção de idosos com avaliação multidimensional da pessoa idosa realizada na atenção primária	Percentual	2,50	5,00	7,50	10,00	✓	✓			
	1.2.6 Reduzir a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade passando de 15,10 em 2022 para 10,0 até 2027.	Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Taxa	13,00	12,00	11,00	10,00	✓	✓	✓	✓	✓
	1.2.7: Apoiar a ampliação para 70% da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Estado até 2027.	Cobertura Populacional Estimada por Agentes Comunitários de Saúde	Percentual	64,14	66,09	68,05	70,00	✓				
1.3 Garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos, pelo fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde.	1.3.1 Ampliar o acesso da população aos medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica em consonância com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.	Percentual de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica distribuídos	Percentual	81,50	83,00	84,50	86,00	✓				✓
	1.3.2 Assegurar o acesso aos medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica, por meio da compra centralizada, em consonância com os medicamentos programados pelos municípios	Percentual Financeiro de Medicamentos Básicos distribuídos em consonância com os valores programados pelo município	Percentual	81,50	83,00	84,50	86,00	✓		✓	✓	✓

1.4 Tornar o processo de atendimento mais acessível, rápido, resolutivo e humanizado regionalmente.	1.4.1 Assegurar o percentual de satisfação dos usuários das unidades de saúde da Rede Sesa para 90% ou mais.	Índice de satisfação dos usuários dos serviços de saúde	Percentual	90%	90%	90%	90%	✓		✓	✓	
	1.4.2: Aumentar o percentual de realização de cirurgias eletivas em relação ao exercício anterior, iniciando em 5% em 2024 e alcançando 15% até 2027.	Percentual de Incremento no Número de Cirurgias Eletivas	Percentual	5,00	7,00	10,00	15,00	✓			✓	
	1.4.3 Ampliar o percentual de pessoas beneficiadas com Órtese, Prótese e Meios de Locomoção (OPM) no ano, passando de 77,20% em 2021 para 90,30% até 2027.	Percentual de pessoas beneficiadas com Órtese, Prótese e Meios de Locomoção (OPM) no ano	Percentual	80,30	83,50	80,00	80,00	✓	✓			

DIRETRIZ 2: Fortalecer a vigilância em saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de proteção da saúde da população.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DESCRITIVA	INDICADOR	UNID MEDIDA	METAS				ALINHAMENTO				
				2024	2025	2026	2027	PES	PPA	PE	PRS	ODS
2.1 Ampliar e apoiar a promoção da saúde e prevenção de doenças para reduzir os agravos e doenças, bem como os riscos à saúde da população.	2.1.1 Ampliar a proporção de encerramento oportuno das doenças preveníveis por vacina (coqueluche, difteria, meningite, paralisia flácida aguda/poliomielite, rubéola, síndrome da rubéola congênita, sarampo e tétano) passando de 89,30% em 2023 para 95% em 2027.	Proporção de fichas encerradas oportunamente (60 dias) de doenças preveníveis por vacina.	Percentual	90,00	92,00	94,00	95,00	✓				
	2.1.2 Aumentar a proporção de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar examinados passando de 77,20% em 2022 para 85% em 2027.	Proporção de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar examinados	Percentual	75,00	78,00	80,00	85,00	✓			✓	
	2.1.3 Assegurar 100% de cobertura das vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança	Percentual de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da	Percentual	100,00	100,00	100,00	100,00	✓		✓	✓	

		criança com coberturas vacinais adequadas										
	2.1.4 Ampliar o percentual de municípios do Ceará com o teste rápido para Hanseníase implantado, passando de 55,4% em 2023 para 100% até 2027.	Proporção de municípios com o teste rápido de hanseníase implantado.	Percentual	70,00	80,00	90,00	100,00	✓			✓	
	2.2.1 Ampliar o percentual de municípios que realizam as 7 ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios, passando de 71% em 2022, para 85% até 2027	Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária	Percentual	71,00	75,00	80,00	85,00	✓		✓	✓	✓
	2.2.2 Ampliar o número de hospitais no Estado do Ceará vinculados à Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH), passando de 36 em 2023 para 76 até 2027	Número de unidades de saúde hospitalar que aderiram à RENAVEH	Número Absoluto	10	10	10	10	✓				✓
2.2 Fortalecer a regionalização das ações e dos serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador para proteção da saúde da população.	2.2.3 Ampliar para 50% até 2027 o percentual de municípios que executam as ações de saúde do trabalhador, contemplando 60% dos critérios estabelecidos	Percentual de municípios realizando ações de saúde do trabalhador	Percentual	10,00	20,00	35,00	50,00	✓			✓	
	2.2.4 Ampliar as ações de vigilância e o controle das zoonoses, entomologia e animais peçonhentos no Ceará.	Percentual de desempenho do monitoramento das ações de zoonoses, entomologia e controle de vetores com foco na saúde única.	Percentual	33,30	50,00	80,00	100,00	✓			✓	
	2.2.5 Implantar a Vigilância em Saúde de Risco Associados aos Desastres (Vigidesastres) em 64 municípios que decretaram situação de emergência por desastres anualmente no estado do Ceará, até 2027.	Número de municípios do Ceará que decretaram situação de emergência com o Programa Vigidesastres Implantado	Número Absoluto	16	32	48	64	✓			✓	✓

	2.2.6 Implantar 5 Unidades de Vigilância de Zoonoses e Entomologia (UVZ) nas Regiões de Saúde do Ceará, passando de 226 em 2023 para 239 até 2027.	Número de Unidades de Vigilância de Zoonoses e Entomologia (UVZ) implantadas	Número Absoluto	0	1	0	2	✓				
--	--	--	-----------------	---	---	---	---	---	--	--	--	--

DIRETRIZ 3: Fortalecer o Sistema de Governança, a Gestão do SUS e o Controle Social com vistas a dar eficiência e efetividade ao ciclo de implementação das políticas de saúde.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DESCRITIVA	INDICADOR	UNID MEDIDA	METAS				ALINHAMENTO				
				2024	2025	2026	2027	PES	PPA	PE	PRS	ODS
3.1 Aprimorar a comunicação do sistema estadual de saúde para assegurar o controle, a transparência e o acesso às informações qualificadas	3.1.1 Ampliar o número de ouvidorias do SUS no Estado do Ceará, passando de 226 em 2023 para 239 até 2027.	Número de ouvidorias implantadas	Número Absoluto	5	3	3	2	✓	✓		✓	
	3.1.2 Responder as demandas da sociedade no prazo estabelecido em legislação, por meio dos sistemas de ouvidorias, alcançando 94% de manifestações respondidas.	Percentual de manifestações respondidas no prazo	Percentual	94,00	94,00	94,00	94,00	✓				
	3.1.3 Implementar o Programa de Integridade executando 98% das ações do Plano de Integridade até 2027	Índice de desempenho do Plano de Integridade da Sesa	Percentual	81	84	97	98	✓		✓		
3.2 Fortalecer os processos de controle das ações e serviços de saúde, de forma a assegurar o acesso e a qualidade da assistência em saúde.	3.2.1 Avaliar e certificar 10 unidades de saúde da rede Sesa até 2027, garantindo o atendimento de critérios da qualidade	Número de Unidades de Saúde Certificadas	Número Absoluto	0	3	0	7	✓	✓			
	3.2.2 Implantar, em nível central, o Sistema de Gestão da Qualidade com certificação de 03 escopos prioritários até 2027	Número de escopos certificados no Sistema de Gestão da Qualidade no âmbito da Sesa	Número Absoluto	0	1	0	2	✓	✓			
	3.2.3 Atender as demandas internas e externas de auditorias do Sistema Único de Saúde do Ceará.	Número de auditorias concluídas	Número Absoluto	4	5	5	6	✓	✓	✓		

3.3 Promover o desenvolvimento institucional, qualificando a estrutura organizacional, a arquitetura de processos e os sistemas gerenciais e organizacionais.	3.3.1 Aumentar o Índice de Desempenho Institucional da Sesa, passando de 69,50% em 2022 para 78% até 2027.	Índice de Desempenho Institucional	Percentual	72,00	74,00	76,00	78,00	✓		✓		
	3.3.2 Reduzir os riscos operacionais e aumentar a eficiência dos processos críticos da Sesa por meio da modelagem de 100% do escopo de processos críticos estabelecidos, até 2027	Percentual de processos críticos modelados	Percentual	25,00	50,00	70,00	100,00	✓				
	3.3.3 Ampliar eficiência dos processos da cadeia de suprimentos para 9,70 até 2027.	Índice de eficiência da cadeia de suprimentos	Taxa	7,92	8,49	10,78	9,7	✓		✓		✓
3.4 Promover a participação e controle social fortalecendo a governança e gestão na política pública de saúde	3.4.1 Assegurar a análise dos instrumentos de planejamento do SUS pelos Conselhos de Saúde (municipais e estadual).	Percentual de análises registradas no Digisus	Percentual	42,00	60,00	70,00	80,00	✓		✓	✓	
3.5 Fortalecer o processo de regionalização e a organização do Sistema Único de Saúde, qualificando as estruturas de governança, a capacidade de gestão e os fluxos de referência.	3.5.1 Implementar o modelo de governança da Sesa atingindo 90% dos itens do instrumento de avaliação, de forma a integrar e garantir a operacionalização das instâncias de apoio à governança.	Percentual de atendimento aos itens do modelo de governança da SESA	Percentual	84,00	86,00	00,00	90,00	✓		✓		
	3.5.2 Ampliar o número de municípios com Planos de Saúde Municipais elaborados e monitorados no DIGISUS, alcançando 100% até 2027	Percentual de municípios com Relatório Anual de Gestão elaborado e publicado no Digisus	Percentual	70,00	80,00	90,00	100,00	✓		✓	✓	
	3.5.3 Garantir os meios operacionais para funcionamento das estruturas de governança das Redes de Atenção à Saúde.	Número de Superintendências Regionais com Comitês de Apoio à Governança Regional em pleno funcionamento	Número Absoluto	5	5	5	5	✓			✓	

	3.5.4 Prover as Superintendências Regionais de condições técnicas, administrativas e jurídicas para o desenvolvimento de suas responsabilidades como instância de coordenação regional	Número de Superintendências Regionais com estrutura adequada ao pleno funcionamento	Número Absoluto	5	5	5	5	✓				
3.6 Formular, regulamentar e avaliar as políticas de saúde alinhadas às prioridades sanitárias do Estado.	3.6.1 Formular políticas de saúde de acordo com as prioridades e necessidades da população	Número de políticas de saúde formuladas	Número Absoluto	1	1	2	2	✓			✓	
	3.6.2 Avaliar os resultados da implantação das políticas de saúde	Número de políticas de saúde avaliadas	Número Absoluto	2	2	2	2	✓		✓		
	3.6.3 Qualificar as práticas nos serviços de saúde por meio da publicação e divulgação de instrumentos técnicos, informativos e gerenciais.	Número de instrumentos técnicos, informativos e gerenciais publicados.	Número Absoluto	6	6	6	6	✓				

DIRETRIZ 4: Fortalecer a gestão do trabalho, a educação na saúde, a pesquisa, as soluções tecnológicas e as iniciativas inovadoras aprimorando a rede de conhecimento.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	META DESCRITIVA	INDICADOR	UNID MEDIDA	METAS				ALINHAMENTO				
				2024	2025	2026	2027	PES	PPA	PE	PRS	ODS
4.1 Ampliar e qualificar o acesso às informações, por meio de iniciativas de inovação e adoção de soluções tecnológicas integradas e seguras.	4.1.1 Integrar 100% dos sistemas de informações dos serviços de saúde do Estado até 2027, de forma a qualificar o acesso às informações e garantir a segurança dos dados	Percentual de integração dos sistemas de informações dos serviços de saúde do Estado	Percentual	60,00	73,30	86,00	100,00	✓		✓		
	4.1.2 Desenvolver 04 iniciativas inovadoras até 2027 que resultem em agregação de novas funcionalidades ou características a produtos, serviços e processos, de forma a resultar em melhorias e em efetivo ganho de qualidade ou desempenho.	Número de Iniciativas Inovadoras criadas	Número Absoluto	1	1	1	1	✓	✓			✓

4.2 Assegurar a gestão do trabalho e educação na saúde, viabilizando integração ensino-serviço e comunidade, o apoio às pesquisas em saúde e a qualificação dos trabalhadores da saúde.	4.2.1 Ampliar o percentual de trabalhadores de saúde e áreas afins capacitados para os sistemas e serviços de saúde, passando de 8,16% em 2022 para 11,16% até 2027.	Percentual de trabalhadores capacitados	Percentual	8,16	9,16	10,16	11,16	✓	✓	✓	✓	✓
	4.2.2 Ampliar a Rede Saúde Escola no Estado, aumentando o percentual de municípios com Núcleo de Educação Permanente, passando de 52% em 2023 para 83% até 2027.	Percentual de municípios com Núcleo de Educação Permanente instalados	Percentual	60,00	65,00	70,00	83,00	✓	✓		✓	
	4.2.3 Ampliar o número de pesquisas realizadas com foco em melhorias do sistema de saúde para 90% em 2027.	Percentual de pesquisas autorizadas e realizadas	Percentual	80,00	85,00	88,00	90,00	✓	✓			

10. Projetos e Planos de Ação

DIRETRIZ: Aprimorar a assistência e as redes de atenção à saúde de forma regionalizada, integrada e humanizada, tendo a Atenção Primária à Saúde como estratégia do cuidado integral de forma a impactar positivamente na situação de saúde do estado.

Objetivo Estratégico	Classificação	Título	Objetivo	Setor Responsável
Fortalecer as redes de atenção à saúde assegurando o acesso às ações e serviços de saúde de forma integrada, equânime e regionalmente bem distribuída, em consonância com as prioridades sanitárias.	Plano de Ação	Fortalecimento e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial	1 - Formular, implementar e monitorar estratégias de Apoio Técnico-institucional nas Superintendências de Saúde do estado do Ceará; 2 - Apoiar a implementação da Escola de Redução de Danos do estado do Ceará; 3 - Ampliar e qualificar as estratégias de atenção psicossocial às pessoas em sofrimento psíquico para prevenção do suicídio	COPOM
	Plano de Ação	Fortalecimento da Rede de Atenção Materno Infantil	Reduzir a mortalidade materno infantil no estado e a integração em rede	CORAS
	Plano de Ação	Fortalecimento da Rede de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Fortalecer a atenção integral às pessoas com doenças crônicas e ampliar as estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.	CORAS
	Plano de Ação	Fortalecimento da Rede de Atenção Pessoa com Deficiência	Fortalecer a integração da rede de atenção à pessoa com deficiência, qualificando os pontos de atenção e ampliando o acesso à rede assistencial.	CORAS
	Plano de Ação	Fortalecimento da Rede de Atenção Urgência e Emergência	Ampliar a cobertura estadual e fortalecer a rede de urgência e emergência.	CORUE
	Plano de Ação	Cuidado integral à Saúde de Adolescentes e Jovens	Elaborar um plano de gestão em saúde com o intuito de aprimorar o cuidado integral à saúde de	COGEC

			adolescentes e jovens do Estado do Ceará (tema transversal)	
Aprimorar a Atenção Primária à Saúde fortalecendo a Estratégia Saúde da Família de base territorial, comunitária e interprofissional.	Plano de Ação	Fortalecimento da atenção bucal no Estado	Fortalecer a integração da rede de atenção à saúde bucal, qualificando os pontos de atenção e ampliando o acesso à rede assistencial.	CORAS
	Projeto	Projeto Movimenta APS	Promover a integração da atenção primária à saúde com a atenção especializada com foco no aperfeiçoamento dos processos de trabalho e no aumento da eficiência da rede de atenção à saúde.	COAPS
Garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos, pelo fortalecimento da política de Assistência Farmacêutica de forma integrada à rede de atenção à saúde.	Projeto	Desjudicialização de medicamentos	Aprimorar e ampliar a mediação administrativa e judicial na área da saúde, de forma a contribuir com a redução das demandas judiciais, com a economia dos recursos públicos e atender as demandas da sociedade.	COPAF
Tornar o processo de atendimento mais acessível, rápido, resolutivo e humanizado regionalmente.	Plano de Ação	Fortalecimento do programa estadual de cirurgia eletiva	Reduzir o tempo médio de espera para realização de cirurgia eletiva	COREG
	Plano de Ação	Fortalecimento do sistema de regulação no estado	Implementar melhorias dos protocolos e fluxos para padronização da regulação do estado	COREG
	Plano de Ação	Equidade SUS Ceará	Promover o enfrentamento às desigualdades de gênero e raça, com ênfase na humanização do atendimento e equidade social	COEPS
DIRETRIZ: Fortalecer a vigilância em saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de proteção da saúde da população.				
Fortalecer a regionalização das ações e dos serviços de vigilância sanitária, epidemiológica,	Plano de Ação	Regionalização da Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadoras nas Regiões de Saúde	Fortalecer a descentralização e a regionalização da atuação dos municípios na perspectiva da integralidade e da qualidade do cuidado à saúde do trabalhador e da trabalhadora.	COVAT

ambiental e saúde do trabalhador para proteção da saúde da população.	Plano de Ação	Ampliação do Programa Vigidesastres nos municípios	Fortalecer e ampliar a vigilância dos riscos associados aos desastres nos 64 municípios do estado.	COVAT
	Projeto	Regionalização do Serviço de Verificação e Óbito (SVO)	Contribuir para a promoção de uma dinâmica regional de esclarecimento dos óbitos para auxiliar na definição e implementação de políticas de saúde e para estudos epidemiológicos do Sistema de Mortalidade (SIM). Meta: Limoeiro do Norte e Sobral	SVO
	Projeto	Regionalização da Rede de Vigilância Laboratorial	Implantação do LACEN nas regiões de Limoeiro do Norte e Sobral	LACEN
	Projeto	Descentralização da Rede de Frio Estadual	Promover condições adequadas de armazenamento dos imunobiológicos, visando atender inclusão de novas vacinas e ampliação do calendário por meio da estruturação e/ou implantação de Centrais Estaduais de Rede Frio nas Regiões de Saúde.	COIMU
Ampliar e apoiar a promoção da saúde e prevenção de doenças para reduzir os agravos e doenças, bem como os riscos à saúde da população.	Plano de Ação	Vigilância oportuna de contatos de casos novos de tuberculose	Aumentar a capacidade de detecção oportuna de casos de tuberculose por meio do exame dos contatos dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial	COVEP
	Plano de Ação	Vigilância do diagnóstico precoce de Hanseníase	Contribuir para a organização de uma assistência atuante e regionalizada, em relação ao diagnóstico precoce dos novos casos de Hanseníase, por meio da implantação de Teste Rápidos.	COVEP
DIRETRIZ: Fortalecer o Sistema de Governança, a Gestão do SUS e o Controle Social com vistas a dar eficiência e efetividade ao ciclo de implementação das políticas de saúde.				
Aprimorar a comunicação do sistema estadual de saúde para assegurar o controle, a transparência e o acesso às informações qualificadas	Plano de Ação	Fortalecimento dos mecanismos de comunicação com a sociedade	Aperfeiçoar os canais de comunicação com a sociedade, com foco na transparência e ampliação do alcance e acesso à informação da Saúde	ASCOM
	Plano de Ação	Qualificação dos canais de comunicação interna	Ampliar, dinamizar e oferecer acesso qualificado às informações da Saúde aos trabalhadores da Sesa	ASCOM

	Plano de Ação	Implementação do Programa de Integridade da Sesa	Implementar as ações de melhorias e corretivas do Plano de Integridade da Sesa em articulação com a Controladoria Geral do Estado (CGE)	ASCIT
Fortalecer os processos de controle das ações e serviços de saúde, de forma a assegurar o acesso e a qualidade da assistência em saúde.	Projeto	Fortalecimento do Sistema Estadual de Auditoria	Fortalecer a Auditoria da Sesa qualificando a estrutura, processos e equipes de trabalho.	AUDIT
	Plano de Ação	Acreditação das Unidades de Saúde do Estado	Garantir avaliações periódicas que atestem a competência técnica por meio de padrões previamente definidos para garantir a qualidade da assistência em Unidades de Saúde da Rede SESA.	COGEQ
	Plano de Ação	Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) no nível central da Sesa	Implantar o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) no âmbito do nível central da Sesa, de forma a qualificar e certificar o escopo dos processos definidos para maior eficiência, eficácia e efetividade.	CEQUA/COGEQ
Promover o desenvolvimento institucional, qualificando a estrutura organizacional, a arquitetura de processos e os sistemas gerenciais e organizacionais.	Plano de Ação	Desenvolvimento Institucional	Promover o crescimento institucional, a melhoria da estrutura organizacional e da arquitetura de processos e fortalecer a cultura de melhoria contínua	CODIP
	Projeto	Gerenciamento integrado da Cadeia de Suprimentos	Adquirir softwares utilizados para gerenciar atividades das áreas de planejamento e execução de compras, distribuição no CD, monitoramento de pagamento de empenhos, não conformidades, gerenciamento de risco e operações da cadeia de suprimentos - Enterprise Resource Planning (ERP)	COLOB
	Projeto	Implantação da rede de economia da saúde	Obter ganho de eficiência na alocação dos recursos de atenção e assistência em saúde, priorizando a gestão de custos no âmbito da Sesa	COGEO
	Plano de Ação	Otimização de Recursos Gerenciados pelo FUNDES	Aprimorar o processo gerencial e otimizar a empregabilidade dos recursos nas ações e serviços de saúde	Comissão Orçamentária Financeira (COF)
Promover a participação e controle social fortalecendo a	Plano de Ação	Articulação com os Conselhos Municipais de Saúde para o fortalecimento do	Estimular o cumprimento das análises dos instrumentos de planejamento do SUS (municipais e estadual) em tempo oportuno, para fortalecer o controle social e a governança participativa	CESAU

governança e gestão na política pública de saúde		planejamento do SUS no Estado		
Fortalecer o processo de regionalização e a organização do Sistema Único de Saúde, qualificando as estruturas de governança, a capacidade de gestão e os fluxos de referência.	Projeto	Implantação do Sistema de Governança Estadual	Integrar as informações estratégicas para embasar a tomada de decisão, fortalecendo o monitoramento e avaliação dos compromissos de gestão	CODIP
	Plano de Ação	Fortalecimento do planejamento do SUS no Estado	Articular com os gestores regionais, municipais, Comitê de Apoio à Governança Regional, COSEMS, APRECE e SEMS para atualização dos instrumentos de planejamento em tempo oportuno	CEPIN
	Projeto	Fortalecimento e estruturação das Superintendências Regionais de Saúde	Implementar melhorias na infraestrutura, redimensionar e fortalecer a força de trabalho e simplificar os processos de trabalho	SEADE
Formular, regulamentar e avaliar as políticas de saúde alinhadas às prioridades sanitárias do Estado.	Plano de Ação	Avaliação das Políticas de Saúde	Criar instrumentos para avaliação das políticas implantadas, sistematizando e disseminando as informações e os resultados alcançados	COGEC
	Projeto	Observatório de acompanhamento do cuidado às pessoas em situação de violência	Implantar o observatório na Rede de Saúde Pública, disponibilizando informações sobre a situação das pessoas em situação de violências no Estado do Ceará	COGEC
DIRETRIZ: Fortalecer a gestão do trabalho, a educação na saúde, a pesquisa, as soluções tecnológicas e as iniciativas inovadoras aprimorando a rede de conhecimento.				
Ampliar e qualificar o acesso às informações, por meio de iniciativas de inovação e adoção de soluções tecnológicas integradas e seguras.	Projeto	Implantação da Governança em Tecnologia da Informação	Implantar as Políticas de Governança e Gestão de TIC nas áreas de Tecnologia da informação, no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA Central, bem como nas Unidades vinculadas da Rede SESA.	COINF

	Projeto	Implantação das Políticas da Segurança da Informação	Implantar um conjunto de soluções e serviços de Segurança com foco no gerenciamento, visibilidade e integração de ações que objetivam mitigar riscos e garantir a continuidade das operações na SESA, garantindo a adequação às melhores práticas de Segurança da Informação.	COINF
	Projeto	Implantação do Centro de Inteligência Estratégica para Gestão Estadual do SUS - CIEGES	Implantar o Centro de Inteligência Estratégica para Gestão Estadual do SUS - CIEGES na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, visando facilitar o acesso às informações, a geração de conhecimento e apoio à gestão na tomada de decisões estratégicas com base em informações e evidências.	COTEC
	Plano de Ação	IntegraSUS 2.0	Nova versão da plataforma integraSUS com desenvolvimento de área interna com painéis de uso exclusivo da gestão SESA	COTEC
	Projeto	Implantação da Rede Estadual de Dados em Saúde do Ceará (REDS)	Integração dos sistemas da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará junto à Rede Estadual de Dados em Saúde (REDS), visando a promoção de troca de informações entre todas as Unidades da Rede SESA, bem como a continuidade do cuidado, através da entrega do aplicativo Click Saúde que visa a disponibilização do registro eletrônico de Saúde ao Paciente.	COTEC
Assegurar a gestão do trabalho e educação na saúde, viabilizando a integração ensino-serviço e comunidade, o apoio às pesquisas em saúde e a qualificação dos trabalhadores da saúde.	Projeto	Integração ensino e serviço e comunidade na Saúde	- Fortalecer e ampliar a regulação das Práticas de Ensino na Saúde nas Regiões de Saúde, nas unidades da rede SESA, regiões e municípios cearenses - Apoiar a construção de compromisso social das Instituições de Ensino Superior e Técnico com o SUS; - Expandir do Sistema de Regulação de Práticas de Ensino na Saúde (SIS RPES)	COEPS

	Projeto	Soluções tecnológicas de inovação e conhecimento	Promover a formação e a capacitação dos profissionais de saúde pelo fomento à inovação e o desenvolvimento tecnológico.	GINOV
	Plano de Ação	Gestão do Conhecimento e Pesquisa em Saúde	Fortalecer as diretrizes e ações de Gestão do Conhecimento e Pesquisa em Saúde no SUS Ceará.	COEPS
	Plano de Ação	Fortalecimento da Educação na Saúde no SUS-CE	Fortalecer a política de Educação na Saúde no Ceará qualificando os trabalhadores do SUS e a regionalização do atendimento	COEPS
	Plano de Ação	Fortalecimento da Gestão do Trabalho	Promover a valorização profissional e regulação do trabalho em saúde	COGEP
Total de Planos de Ação		28		
Total de Projetos		17		
Total de Iniciativas		45		

11. Matriz de Coerência com as Demandas da Sociedade

Para melhor ilustrar o alinhamento da DOMI do Plano Estadual de Saúde (PES) com as propostas oriundas da participação social na 10ª Conferência Estadual de Saúde e no PPA Participativo apresentamos a seguir o alinhamento das propostas com cada Objetivo Estratégico.

DIRETRIZ: Aprimorar a assistência e as redes de atenção à saúde de forma regionalizada, integrada e humanizada, tendo a Atenção Primária à Saúde como estratégia do cuidado integral de forma a impactar positivamente na situação de saúde do estado.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	DIRETRIZES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE	DIRETRIZES DO PPA PARTICIPATIVO
Fortalecer as redes de atenção à saúde assegurando o acesso às ações e serviços de saúde de forma integrada, equânime e regionalmente bem distribuída, em consonância com as prioridades sanitárias.	Implementar a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com garantia de financiamento integrada às Redes de Atenção à Saúde e como componente de cuidado na atenção primária à saúde da ESF.	Promover a integração intersetorial para a garantia das necessidades básicas em saúde, como saneamento básico e estradas de acessos de qualidade na região do Maciço de Baturité.
		Ampliar e fortalecer as redes de atenção primária, secundária e terciária de saúde.
		Ampliar o atendimento dos serviços de urgência e emergência, em todos os municípios na região do Vale do Jaguaribe.
		Ampliar e garantir a frota do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), na modalidade do suporte avançado na região do Sertão dos Crateús.
		Fortalecer os serviços de oncologia, traumatologia, parto de alto risco e cirurgias nos hospitais regionais.
		Fortalecer a rede de cuidados das pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), por meio da ampliação da rede assistencial e das equipes multidisciplinares na região da Grande Fortaleza.

		Ampliar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).
Aprimorar a Atenção Primária à Saúde fortalecendo a Estratégia Saúde da Família de base territorial, comunitária e interprofissional.	Fortalecer a Atenção Básica pautada na Universalidade, territorialidade e equidade com investimento tripartite em infraestrutura, ampliação de equipes e valorização do profissional de saúde.	
	Criar centros de referência do idoso de forma regionalizada com assistência integral à saúde e avaliação multidimensional, com atividades voltadas à educação em saúde, Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS) e educação popular em saúde garantindo processos teórico-práticos, facilitados/promovidos por equipes multiprofissionais, fortalecendo assim a Política de Saúde para pessoas idosas.	
Garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos, pelo fortalecimento da política de Assistência Farmacêutica de forma integrada à rede de atenção à saúde.	Ampliar o financiamento de medicamentos especializados a nível Estadual e Nacional (medicamentos essenciais e do componente especializado)	
Tornar o processo de atendimento mais acessível, rápido, resolutivo e humanizado regionalmente.	Garantir a ampliação, agilidade e financiamento com recursos Federais sistemáticos para realização de cirurgias eletivas respeitando as demandas territoriais.	Fortalecer a atenção secundária e terciária à saúde, como hospitais polo e de pequeno porte, policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), inclusive pela implantação de um hospital regional do Maciço de Baturité.
	Garantir o financiamento nas três esferas de governo para melhoria dos serviços de média e alta complexidade de forma a ampliar os hospitais regionais, com maior ofertas de leitos de UTI, aquisição de equipamentos, adequação da estrutura física, contratação de profissionais, fortalecendo o	Ampliar a oferta de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) na região do Vale do Jaguaribe.
		Ampliar o acesso aos serviços especializados ambulatoriais no consórcio regional na região do Litoral Norte.

	suporte aos municípios e com isso diminuindo a fila de espera da regulação.	Implantar serviços regionais de ortopedia, traumatologia, neurologia, nefrologia, e oncologia ambulatorial e hospitalar na região do Litoral Norte.
		Reestruturar a rede de hematologia e hemoterapia na região, com implantação de uma nova sede ou uma reforma do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (Hemoce) Regional, melhoria na frota de transporte e renovação de mobiliário e equipamentos na região do Sertão de Sobral.
		Implantar hospital regional na região Litoral Oeste/Vale Do Curu
		Garantir o financiamento para reforma e aquisição de equipamentos para o hospital regional.
		Implantar serviço de oncologia no Hospital Regional do Sertão Central (HSRC)
		Implantar o Hospital Regional do Sertão dos Inhamuns.
		Implantar um Hospital Regional da Serra da Ibiapaba.
		Implantar o Hospital Regional, com as especialidades materno-infantil, traumatologia, neurologia, cardiologia e oncologia, de média e alta complexidade, entre as Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS) de Icó e Iguatu. (Região de Planejamento CENTRO-SUL)
		Implantar Hospital Regional do Sertão de Canindé.
		Implantar um centro de saúde regional para pacientes autistas, com tratamento multiprofissional, como odontologia, fisioterapia, psicologia e neurologia, e terapias educacionais e ocupacionais no Sertão de Canindé.
		Implantar hospital universitário, em convênio com o curso de medicina da Universidade Regional do Cariri (Urca).

		Ampliar as unidades de saúde, principalmente em emergência e urgência.
DIRETRIZ: Fortalecer a vigilância em saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de proteção da saúde da população.		
OBJETIVO ESTRATÉGICO	DIRETRIZES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE	DIRETRIZES DO PPA PARTICIPATIVO
Fortalecer a regionalização das ações e dos serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador para proteção da saúde da população.	Fortalecer as ações inerentes à Política de Saúde do Trabalhador	Fortalecer e implementar as ações de vigilância em saúde, por meio da implantação de centros de zoonoses, centros de referência para leishmaniose e matadouros habilitados na região do Maciço de Baturité.
DIRETRIZ: Fortalecer o Sistema de Governança, a Gestão do SUS e o Controle Social com vistas a dar eficiência e efetividade ao ciclo de implementação das políticas de saúde.		
OBJETIVO ESTRATÉGICO	DIRETRIZES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE	DIRETRIZES DO PPA PARTICIPATIVO
Promover a participação e controle social fortalecendo a governança e gestão na política pública de saúde	Fortalecer as Instâncias do Controle Social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação social no quesito das defesas, cuidados e fiscalização do patrimônio público e políticas públicas.	
	Garantir a organização e o funcionamento dos conselhos de saúde, com autonomia administrativa para o seu pleno funcionamento com dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva	
	Adotar estratégias de funcionamento dos conselhos de saúde por meio da promoção de debates sobre controle social e participação popular nas escolas. Realização de reuniões itinerantes.	

Fortalecer o processo de regionalização e a organização do Sistema Único de Saúde, qualificando as estruturas de governança, a capacidade de gestão e os fluxos de referência.	Garantir a criação e a implementação de Comitê intersetorial, no âmbito das três esferas de governo, que fortaleça o acompanhamento e a articulação das várias áreas de atuação e movimentos sociais.	
Formular, regulamentar e avaliar as políticas de saúde alinhadas às prioridades sanitárias do Estado.	Implantar/Implementar a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) para financiamento de hospitais com até 30 leitos	Melhorar o incentivo para os hospitais de pequeno porte.
	Garantir e ampliar o financiamento para a política de saúde mental.	
DIRETRIZ: Fortalecer a gestão do trabalho, a educação na saúde, a pesquisa, as soluções tecnológicas e as iniciativas inovadoras aprimorando a rede de conhecimento.		
OBJETIVO ESTRATÉGICO	DIRETRIZES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE	DIRETRIZES DO PPA PARTICIPATIVO
Assegurar a gestão do trabalho e educação na saúde, viabilizando a integração ensino-serviço e comunidade, o apoio às pesquisas em saúde e a qualificação dos trabalhadores da saúde.	Efetivar e fortalecer as políticas para participação popular por meio da educação popular em saúde com as populações vulnerabilizadas	Ampliar equipes de médicos nos hospitais e postos de saúde na região do Sertão de Sobral.

12. Monitoramento e Avaliação

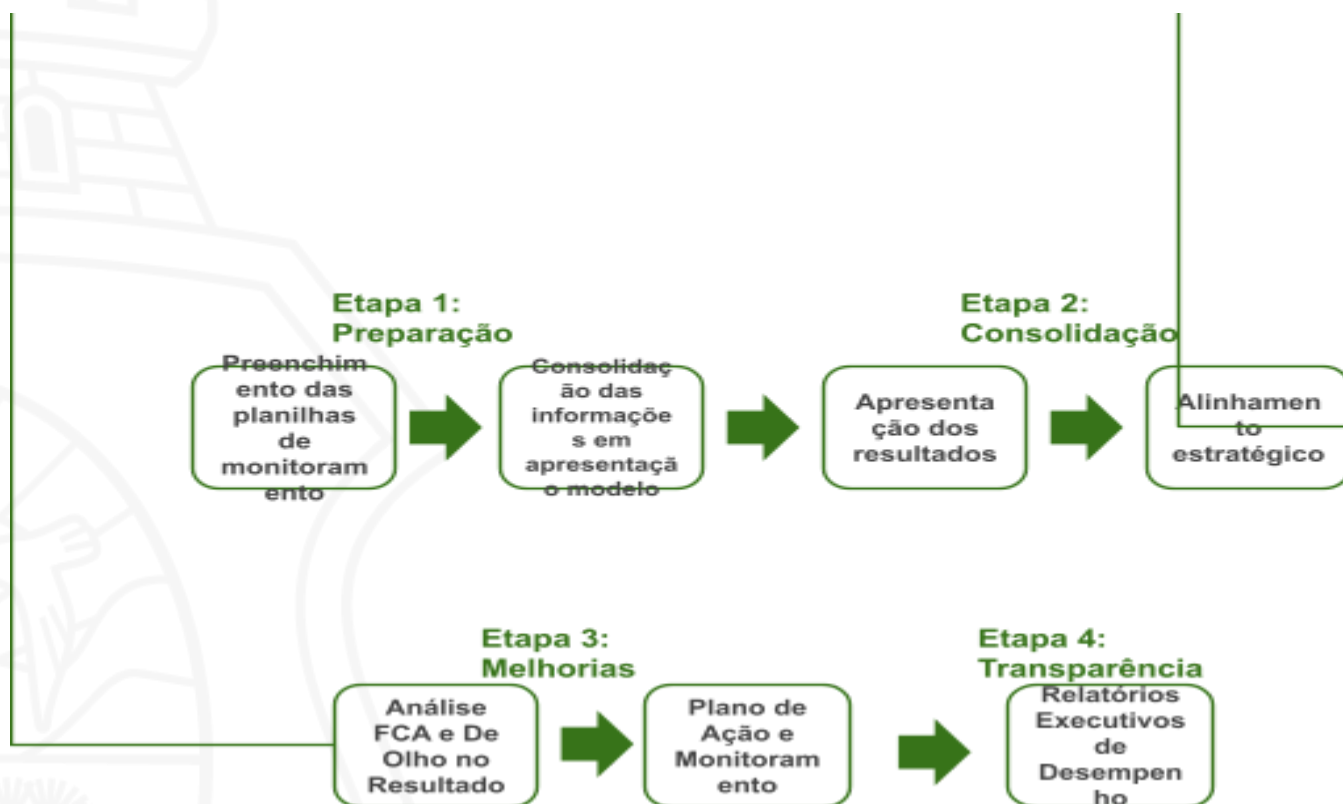
A Sesa, partir de 2022, por meio da Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e Planejamento (Codip), adotou novo método de monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento com objetivo de agregar conhecimento às práticas de gestão, propiciar a interação entre as equipes de trabalho, integrar as práticas e ações, contribuir para o aprendizado organizacional e gerar significado dos planos estratégicos para a gestão no processo de tomada de decisão e melhoria contínua.

De acordo com o método, o monitoramento acontece por meios de Oficinas de Monitoramento e Avaliação (OM&A), amplamente participativas, envolvendo gestores e técnicos de todas as áreas da Sesa, no processo de avaliação do desempenho dos resultados, que são realizadas sempre na segunda ou terceira semana do mês subsequente ao quadrimestre anterior.

O processo de monitoramento quadrimestral é realizado em três etapas:

1. Apuração e análise qualitativa dos resultados em ferramenta disponibilizada pela CODIP.
2. Apresentação dos resultados e análises na OM&A com avaliação participativa dos gestores e técnicos presentes, promovendo o alinhamento estratégico e gerando encaminhamentos para o próximo ciclo de avaliação.
3. O processo de avaliação se utiliza também da ferramenta "De Olho no Resultado", que avalia o que deu certo e o que não deu certo para o desempenho do período avaliado. Para cada fragilidade apontada é solicitado a elaboração de um Plano de Ação, na busca de melhoria para os próximos ciclos de avaliação. Adotamos a ferramenta FCA (Fato-Causa-Ação) que relaciona os fatos com as causas que os originaram, identificando possíveis ações para elevar a performance dos resultados.
4. Consolidação das informações geradas no processo M&A, por meio da elaboração do Relatório Executivo de Monitoramento e Avaliação dos Planos, que é disponibilizado para a alta gestão da Sesa, para que esta direcione as ações necessárias que precisam ser empreendidas para melhoria do desempenho dos indicadores e alcance efetivo dos resultados.

Figura 92 - Etapas do monitoramento e avaliação



Fonte: Codip/Sepgi/Sesa

Após a finalização do ciclo de Monitoramento e Avaliação dos Planos, os resultados apresentados com a análise qualitativa são registrados no DigiSUS, para cumprimento legal, gerando o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). Ao final do exercício, também é registrado no DigiSUS o Relatório Anual de Gestão (RAG) para apreciação e aprovação do Instrumento. O mesmo ocorre no que se refere ao PPA, com introdução das informações do SIMA, ferramenta de monitoramento do Estado.

A DOMI Estadual irá compor o Painel de Bordo da Secretaria da Saúde que terá seu primeiro ciclo de monitoramento em maio de 2024.

13. Referências

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: 28 junho 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Pessoas com Deficiência 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0a9afaed04d79830f73a16136dba23b9.pdf>. Acesso em 07/11/2022.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes melitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Acesso em 07/11/2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002. 2002. Acesso em 06/11/2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. 2012. Acesso em 06/11/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Módulo Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ams/webhelp/m_dulo_de_servi_os_de_apoio_diagnose_e_terapia.htm. Acesso em: 20 de nov. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 17 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União 2014; 11 nov.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 483 de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. DF. MS, 2014. Disponível em:

<<https://sintse.tse.jus.br/documentos/2014/Abr/2/para-conhecimento/portaria-nb0-483-de-1b0-de-abril-de-2014-redefine>>. Acesso em: 23 de Out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 37, de 22 março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Pessoa com Deficiência. 2021. Acesso em 07/11/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico especial. Doença pelo Novo Coronavírus - covid-19. Julho 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2023/boletim_covid_153_julho_11set23.pdf/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021d. 118 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-na-o-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf>. Acesso em 28 de ago, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Secretaria executiva de vigilância em saúde. Boletim Epidemiológico - Doença pelo Novo Coronavírus - covid-19. Nº 3, 2023. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim_epidemiologico_covid_No3_2023.pptx.pdf.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Lei nº 17.006, de 30 de setembro de 2019. Dispõe sobre a integração no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, das ações e dos serviços de saúde em regiões de saúde no estado do Ceará. Ceará, 2019.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) 2021 – 2023. 2021. Disponível em:

<<https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2021/02/RESOLUCAO-76-ANEXO-Plano-Estadual-da-Rede-de-Cuidados-a-Pessoa-com-Deficiencia-.pdf>>. Acesso em 07/11/2022.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Portaria nº 1.139, de 20 de outubro de 2020. Altera e acresce dispositivo à portaria nº 2019/2108 que dispõe sobre aspectos organizativos-operacionais das regiões de saúde, nos termos da lei nº 17.006, de 30 de setembro de 2019. Ceará, 2020.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Portaria nº 2.108, de 25 de novembro de 2019. Dispõe sobre aspectos organizativos-operacionais das regiões de saúde, nos termos da lei estadual nº 17.006, de 30 de setembro de 2019. Ceará, 2019.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Política Estadual de Promoção da Saúde – POEPS-CE. Fortaleza, 2022.

CEARÁ. Secretaria do Estado do Ceará. Resolução Nº 152/2021 – CIB/CE: Aprovado a Política Estadual de Promoção à Saúde, no âmbito do Estado do Ceará. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2022/03/RESOLUCAO-152-Politica-Estadual-de-Promocao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2023.

GARCIA, M S D & FERREIRA, M de P. (2018) Saneamento Básico: Meio Ambiente e Dignidade Humana – Dignidade Revista, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 12, July 2017. ISSN 2525-698X.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MONTE-CARDOSO, Artur, ANDRIETTA, Lucas Salvador. Crescimento, centralização e financeirização de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) no Brasil: estudo de empresas selecionadas entre 2008 e 2016. *Cad Saúde Pública* [Internet], v. 38, e00220121, 2022.

PAHO. Pan American Health Organization. World Health Organization. Coronavirus Disease (COVID-19), 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/en/coronavirus-disease-covid-19?page=2>

PAULO, Luiz Fernando Arantes. O PPA como instrumento de planejamento e gestão estratégica. *Revista do Serviço Público*. Brasília 61(2), abr/jun 2010. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/44>. Acesso em 07.nov.2023.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

14. Resolução de Aprovação do PES 24-27



Número do Documento: 2835531

RESOLUÇÃO nº 08/2024

Assunto: Aprovação do Plano Estadual de Saúde do Ceará
do Quadriênio 2024 – 2027.

O Conselho Estadual de Saúde do Ceará – Cesau, no uso de suas competências e atribuições, conferidas pelas Leis Federais Nº 8.080/90 e 8.142/90 e, pela Lei Estadual nº 17.438, 09.04.2021, de 09 de março de 2021e pelo seu Regimento Interno;

Considerando a Lei Federal Nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

Considerando, a Lei Complementar nº 141/2012 de 13 de Janeiro de 2012 que Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

Considerando, o Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando, a Portaria de Consolidação nº. 01/17, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS. Art. 96 - o Plano de Saúde é um instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º);

Considerando O Grupo de Trabalho - GT/ PES para discutir o Plano Estadual de Saúde 2024 – 2027, composto por conselheiros(as) das Câmaras Técnicas e Comissões, Secretaria Executiva do Cesau/CE, os Gestores e Técnicos da SESA com uma agenda de reuniões para analisar os conteúdos do Plano Estadual de Saúde - PES sendo sua última reunião realizada em 07/02/2024;

Considerando a recomendação 01/2024 do Grupo de Trabalho de análise do Plano Estadual de Saúde 2024 – 2027 que recomendou ao Pleno do Conselho Estadual de Saúde do Ceará – Cesau/CE pela apreciação e deliberação do Plano Estadual de Saúde do Ceará - Quadriênio 2024 – 2027;

Considerando a 506ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde do Ceará - Cesau/CE, ocorrida nos dias 21 e 22 de Fevereiro de 2024,

Resolve,

1. Apovar o Plano Estadual de Saúde do Ceará do Quadriênio 2024-2027, como instrumento central de planejamento, o qual a partir de uma análise situacional, contém compromissos e resultados expressos através de diretrizes, objetivos, metas e respectivos indicadores de monitoramento e avaliação, tem o intuito de orientar a gestão do Sistema Único de Saúde – SUS;
2. Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura, devendo ser publicada no Diário Oficial do Estado, ficando revogadas as disposições em contrário;
3. À consideração do Pleno do Conselho Estadual de Saúde.

Fortaleza, 22 de fevereiro de 2024



Francisco Adriano Duarte Fernandes
President



Cármem Sílvia Ferreira Santiago
Secretária-Geral



Ana Paula Silveira de Moraes Vasconcelos
Vice-Presidente



Suelany Rodrigues Vieira
Secretária-Adjunta



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE