

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ**

---

**RELATÓRIO EXECUTIVO DE  
MONITORAMENTO E  
AVALIAÇÃO**

3º CICLO JANEIRO - DEZEMBRO

2025

**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

**Carla Cristina Fonteles Barroso**  
Secretária Executiva de Planejamento e Gestão Interna

**Lauro Vieira Perdigão Neto**  
Secretário Executivo de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional

**Maria Vaudelice Mota**  
Secretária Executiva de Políticas de Saúde

**Antônio Silva Lima Neto**  
Secretário Executivo de Vigilância em Saúde

**Iluska de Alencar Salgado Barbosa**  
Secretária Executiva Administrativo-Financeira

### **COORDENAÇÃO TÉCNICA**

**Thales Veras Martins**  
Coordenador de Desenvolvimento Institucional e Planejamento

**Matheus Antônio Magalhães Farias Catunda**  
Assessor da Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e  
Planejamento

**Adélia Maria Araújo Bandeira**  
Orientadora da Célula de Gestão para Resultados e Projetos Estratégicos

**Felipe Assunção Jataí**  
Orientador da Célula de Planejamento Institucional



## ELABORAÇÃO TÉCNICA

### **Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e Planejamento**

Matheus Antônio Magalhães Farias Catunda

### **Célula de Gestão para Resultados e Projetos Estratégicos**

Adélia Maria Araújo Bandeira

Andréa Siqueira Benevides

Francisco Romário Correa Silva

Laurismar Pereira Pinheiro de Queiroz

### **Célula de Planejamento Institucional**

Felipe Assunção Jataí

Ariane Araujo de Lima

Eufrauzina Hortência Pedrosa Carlos

José Wilson Lira Neto

Luiza de Marilac Barros Rocha

Maria de Jesus de Sousa Cavalcante

## COLABORAÇÃO TÉCNICA

### **Secretaria Executiva de Planejamento e Gestão Interna**

Adélia Maria Araújo Bandeira

Ana Patrícia Escossio dos S. Marques

Andréa Siqueira Benevides

Ariane Araújo de Lima

Carla Cristina Fonteles Barroso

Daniel Martins da Silva

Emanuel Holanda

Felipe Assunção Jataí

Francisco Romário Correa Silva

Hilda Ponciano Lima

Hortência Pedrosa Carlos

Lauro Antônio Cabral de Barros

Magda Silva

Marcos Renan Vasconcelos Magalhães

Maria de Jesus de Sousa Cavalcante

Maria Gleide de Oliveira

Matheus Antônio M. Farias Catunda

Samantha Mesquita

Sebastião Carneiro dos Santos

Thales Veras Martins

### **Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde**

Ana Karine Borges Carneiro

Antônia Márcia Xavier

Carlos Garcia Filho

Eva Vilma Baia Moura

Gisela Maria Matos Serejo

Helenira Fonseca de Alencar

Iara Holanda Nunes

Jane Mary de Miranda Lima

José Antônio Pereira Barreto

Juliana Costa de Abreu

Karisia pontes Aguiar de Castro

Kellyn Kessiene de Sousa Cavalcante

Luciana Sávia Masullo Vieira

Lynda Beatriz Marinho Cavalcante

Mabell Kallyne Melo Beserra

Maria Clara Santos Aguiar

Natalia Gomes machado

Nicole Silva França

Pollyana Lúcia Costa Pereira

Raimundo Queiroz

Reagan Nzundu Boigny

**Secretaria Executiva da Atenção  
Primária e Políticas de Saúde**

Ana Patrícia Escossio dos S. Marques  
Evanezia de Araújo Oliveira  
Fernanda França Cabral  
Isabella Costa Martins  
Isley Nayra de Lima N. Barreto  
José Luís Paiva de Mendonça Ferreira  
Luciene Alice da Silva  
Quelvia da Silva Lima  
Raimunda Felix de Oliveira  
Thaís Nogueira Facó de Paula Pessoa

**Secretaria Executiva  
Administrativo-Financeira**

Hilma Alves da Silva  
Ícaro Tavares Borges  
Jamyle Maria Santos da Silva  
Katarine Vila Real Sampaio de Castro  
Keila de Lima Barbosa  
Lia Menezes  
Mariana Maia Martins Evangelista  
Soraya Teles  
Wilker Marques

**Secretaria Executiva de Atenção à  
Saúde e Desenvolvimento Regional**

Adriana Rocha Simião  
Ana Cybelle de Araújo Oliveira  
Ana Paula da Silva Lima  
Carmem Cintra de Oliveira Tavares  
Diones Gomes  
Elza Gadelha Lima  
Francisca Luana Coutinho Freitas  
Italo Lennon Sales de Almeida  
Lauro Vieira Perdigão Neto  
Lilian dos Santos Oliveira  
Mariluce Dantas Soares  
Micheli Moraes Martins

Regina Maria Vale de Carvalho

Nalber Sigian Tavares Moreira  
Rafael Reinaldo da Silva  
Sheila Maria Santiago Borges  
Tabosa dos Santos Oliveira  
Vivian da Silva Gomes  
Yolanda de Barros Lima Morano

**Auditoria**

Maryna Vasconcelos de O. Vicente

**Assessoria de Comunicação**

Thamires Oliveira

**Conselho Estadual de Saúde**

Francisco Nathanyel Lima Rebouças  
Francisco Rodrigues Soares Filho  
Joana Darc Taveira dos Santos  
José Hibis Farias Ribeiro  
Maria Goretti Araújo Sousa

**Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo**

Cristiane Buhamra Abreu  
Francisco Sales Ávila Cavalcante  
Lucila Maria Rodrigues Vieira  
Luiz Wanderley Lima Filho

## Apresentação

A **Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA)** tem como missão “Promover a saúde e o bem-estar das pessoas, implementando políticas públicas pautadas na universalidade, integralidade e equidade”. Com a visão de “ser reconhecida pelas pessoas como instituição de saúde acessível, integrada, sustentável e com excelência” a secretaria tem trabalhado na construção de planos estratégicos que consolidam a **Agenda Estratégica 2024-2027 da Sesa**. Nosso foco é claro: aprimorar constantemente a eficiência, eficácia e efetividade das políticas públicas de saúde em nosso estado.

Este relatório tem como objetivo fundamental demonstrar o desempenho das ações governamentais na área da saúde em 2025. Nele, detalharemos os principais resultados alcançados na implementação das políticas públicas neste período, reforçando nosso compromisso com o princípio constitucional da transparência pública.

Compreendemos que, para um órgão público, não basta apenas planejar e executar suas ações. É indispensável que cada etapa do processo seja monitorada e avaliada de forma contínua. Somente assim podemos identificar e realizar os ajustes necessários para o alcance pleno dos objetivos propostos, assegurando a socialização das informações aos gestores para o processo de tomada de decisão baseada em evidências.

Por essa razão, nosso propósito é registrar e evidenciar por meio deste documento os avanços, os desafios e as oportunidades de melhoria. Desta forma, os gestores terão subsídios para tomar decisões mais assertivas, construindo um sistema de saúde cada vez mais equitativo, eficiente e capaz de atender às reais necessidades da população.

Por fim, apresentaremos os resultados do processo de **Monitoramento e Avaliação (M&A) da Agenda Estratégica da Sesa 2024-2027**. Abordaremos o desempenho dos indicadores, das entregas e dos projetos estratégicos pactuados na agenda, reforçando o compromisso da Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e Planejamento (Codip) em desenvolver as práticas de M&A focadas em fortalecer a cultura de Gestão para Resultados (GpR) na Sesa.

## Sumário

|                                                                                                  |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Apresentação</b>                                                                              | <b>4</b>   |
| <b>1. Introdução</b>                                                                             | <b>6</b>   |
| <b>2. Mapa Estratégico Sesa 2024-2027</b>                                                        | <b>9</b>   |
| <b>3. Resumo Executivo</b>                                                                       | <b>10</b>  |
| 3.1 Atenção à Saúde                                                                              | 21         |
| 3.2 Vigilância em Saúde                                                                          | 91         |
| 3.3 Governança e Gestão                                                                          | 122        |
| 3.4 Gestão do Trabalho, Tecnologia e Educação em Saúde                                           | 173        |
| <b>4. Conclusão</b>                                                                              | <b>199</b> |
| <b>5. Avaliação de Satisfação da Oficina</b>                                                     | <b>200</b> |
| <b>6. Registro Fotográfico da Oficina do 3º Quadrimestre - Encerramento do Exercício de 2025</b> | <b>205</b> |



## 1. Introdução

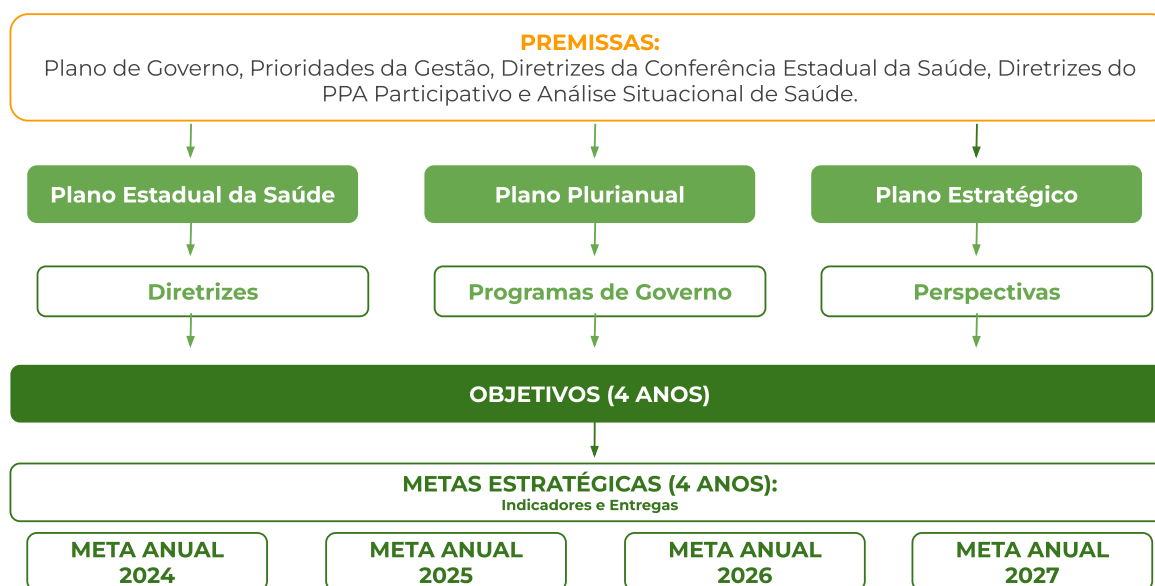
A **Secretaria da Saúde do Ceará (SESA)** deu um passo estratégico e transformador ao lançar a **Agenda Estratégica SESA 2024-2027**, um documento que consolida e integra os principais instrumentos de planejamento da instituição: o Plano Estadual da Saúde, o Plano Plurianual e o Plano Estratégico. Esta iniciativa representa um marco decisivo para a gestão da saúde no estado, oferecendo uma visão estratégica e integrada para os próximos anos.

Elaborada por meio de um processo participativo, com a ampla colaboração de diversos atores do sistema de saúde, a Agenda Estratégica é fruto de uma análise detalhada da situação da saúde no Ceará. Ela define claramente a identidade institucional da SESA, estabelece metas ambiciosas e mensuráveis, e delineia um conjunto de ações estratégicas desenhadas para alcançar os objetivos propostos.

Um dos principais destaques é a sua coerência e alinhamento, ao integrar os três planos institucionais, a Agenda garante que cada ação da Sesa esteja direcionada para os mesmos objetivos, o que otimiza a gestão e aprimora o acompanhamento dos resultados (conforme ilustrado na Figura 1). Além disso, estabelece conexões com os Planos de Saúde Regionais e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), demonstra o compromisso da SESA com uma perspectiva global e integrada de desenvolvimento.

Para que os objetivos sejam plenamente alcançados, a Agenda Estratégica define Projetos Estratégicos e Planos de Ação, detalhando as iniciativas que serão implementadas em cada área da saúde. Essas ações, juntamente com as entregas planejadas, garantem que nossa estratégia seja transformada em resultados reais para a população cearense.

**Figura 1 - Fluxo das premissas para construção dos planos**



Fonte: Codip/Sepgi/Sesa.

É importante destacar que a Agenda Estratégica não é um documento estático, mas sim um instrumento dinâmico. O processo de monitoramento e avaliação ocorre de forma contínua e sistemática, por meio de **Oficinas de Monitoramento e Avaliação (M & A)**, coordenadas pela Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e Planejamento (Codip). As oficinas são espaços de diálogo e construção coletiva, nos quais lideranças, articuladores e técnicos de todas as áreas da Sesa se reúnem para avaliar o progresso das ações, identificar desafios e ajustar as estratégias.

**Quadro 1 - Ciclos de monitoramento e avaliação**

| Quadrimestre                          | Período de Monitoramento |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 1.º Quadrimestre (janeiro a abril)    | 1ª quinzena de maio      |
| 2.º Quadrimestre (janeiro a agosto)   | 2ª quinzena de setembro  |
| 3.º Quadrimestre (janeiro a dezembro) | 1ª quinzena de fevereiro |

Fonte: Codip/Sepgi/Sesa.

Convidamos você a conhecer a Agenda Estratégica da Sesa completa, além de materiais complementares como o Guia de Monitoramento e

Avaliação, relatórios e os instrumentos de planejamento na íntegra, acesse: [página do planejamento no site oficial da Sesa](#).

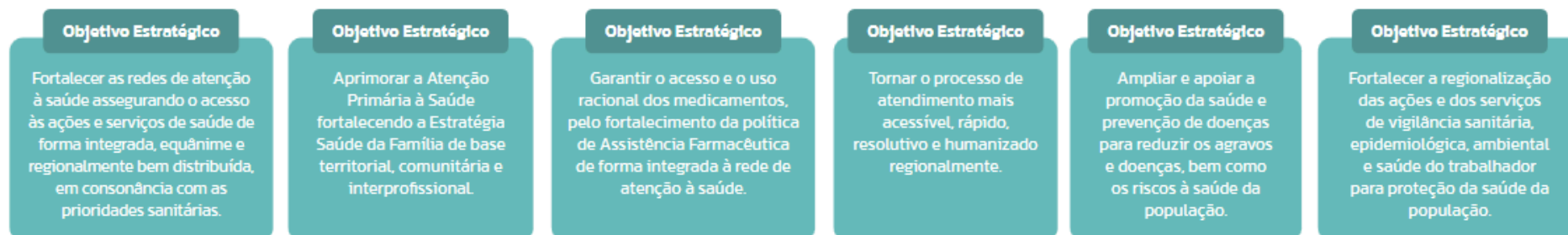
Ao disponibilizar esses materiais, a Sesa demonstra seu compromisso com a transparência e a participação social, convidando a sociedade a acompanhar e contribuir com a implementação da Agenda Estratégica.

Em resumo, a Agenda Estratégica da Sesa 2024-2027 representa um avanço significativo para a gestão da saúde no Ceará. Ao definir uma visão de futuro clara e integrada, proporciona um norte para as ações da Sesa, garantindo que os recursos sejam utilizados de forma eficiente e eficaz em prol da saúde da população. A implementação da Agenda, acompanhada por meio das Oficinas de Monitoramento e Avaliação, assegura que as ações da Sesa estejam sempre alinhadas às necessidades da população e aos desafios da saúde pública.

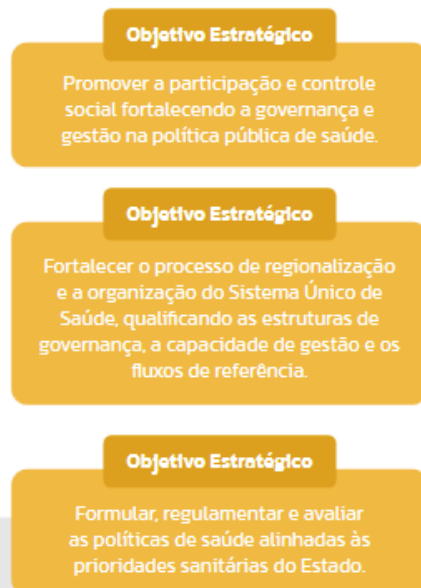
Nos próximos capítulos, apresentaremos os resultados dos compromissos da Agenda Estratégica da Sesa obtidos no ano de 2025, com base nas informações fornecidas pelas áreas técnicas da Sesa nas OM&A. Para cada objetivo estratégico, serão apresentados os indicadores de desempenho, os dados da série histórica e a análise qualitativa dos resultados. Essa análise permitirá identificar os avanços alcançados, os desafios enfrentados e as oportunidades de melhoria.

## 2. Mapa Estratégico Sesa 2024-2027

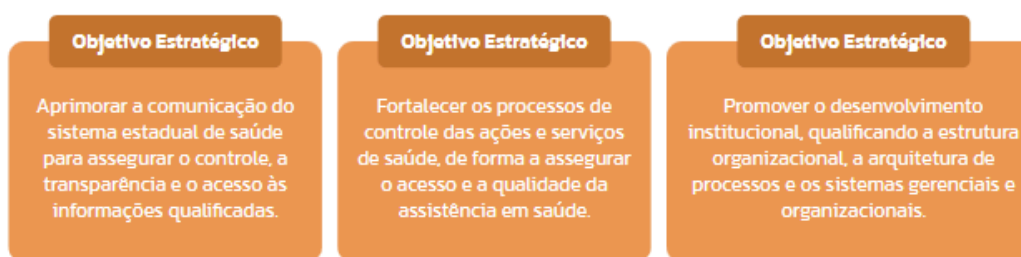
### Resultados para a Sociedade



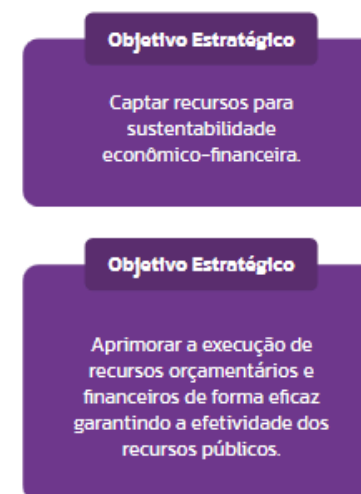
### Governança



### Desenvolvimento Institucional e Processos



### Sustentabilidade econômico-financeira



### Aprendizado, crescimento e inovação



### 3. Resumo Executivo

- **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.

A primeira diretriz da **Agenda Estratégica da SESA**, que tem como objetivo aprimorar a assistência e as redes de atenção à saúde de forma regionalizada, integrada e humanizada, apresenta um cenário composto por avanços significativos e desafios persistentes. As análises qualitativas de desempenho dos indicadores, elaboradas pelas áreas técnicas, evidenciam resultados positivos em aspectos como a ampliação da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no estado, que superou a meta programada para o ano de **66,09%**, alcançando uma cobertura de **66,59%**.

No âmbito da **saúde bucal**, a cobertura alcançou **72,83%**, superando a meta de **67%**. Esse resultado reflete a parceria efetiva com a Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, que possibilitou a agilização dos credenciamentos das novas equipes, além do suporte contínuo às gestões municipais.

As **cirurgias eletivas** apresentaram um desempenho expressivo, entre janeiro e dezembro de 2025, foram realizados **157.990 procedimentos**, o que corresponde a um aumento de **52,31%** em relação à média do mesmo período dos anos anteriores (2021, 2022 e 2023). Posto isso, reforça o compromisso do Estado em reduzir filas e garantir atendimento cirúrgico oportuno e resolutivo à população.

No campo do **acesso aos medicamentos** do componente especializado da assistência farmacêutica, o desempenho manteve-se em patamar elevado. A ampliação da oferta garantiu o cumprimento de **110%** da meta prevista, com **91,30%** de execução frente à meta de **83%**. Esse avanço reafirma o compromisso da SESA com a integralidade do tratamento medicamentoso ambulatorial, assegurando continuidade terapêutica aos usuários do SUS.

Em relação à **satisfação dos usuários** com os serviços assistenciais, os resultados indicam avanços consistentes na humanização do

atendimento e na qualidade da assistência prestada. Em 2025, o índice de satisfação atingiu **85,51%**, correspondendo a **95,01%** da meta estabelecida para o período, refletindo melhorias contínuas na qualidade dos serviços ofertados.

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa) vem implementando, desde 2024, o **Projeto Braços Abertos**, inicialmente na Região de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe, com atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Especializada. Nessa região, foram realizadas **1.252 oficinas, 116 intertutorias e 126 reuniões** de monitoramento, evidenciando a execução sistemática das ações previstas.

Na Região de Saúde do Cariri, o projeto foi ampliado para contemplar, além da APS e da Atenção Especializada, a Atenção Hospitalar, totalizando **1.447 oficinas, 80 intertutorias e 74 reuniões de monitoramento**.

A iniciativa tem como objetivo qualificar e fortalecer os processos de trabalho no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), contribuindo para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na integralidade, equidade e continuidade do cuidado, bem como para o aprimoramento da articulação interfederativa e da organização dos fluxos assistenciais.

### **Inauguração do Hospital Universitário do Ceará (HUC): Um Novo Marco na Saúde Estadual**

Em 19 de março de 2025, foi inaugurado o Hospital Universitário do Ceará (HUC), configurando-se como uma das maiores estruturas hospitalares públicas do Brasil e marco estratégico para o fortalecimento da rede assistencial estadual.

A unidade conta com área construída de **78,6 mil m²**, distribuída em três torres (Clínica, Cirúrgica e Materno-Infantil), com sete pavimentos, e encerrou o ano de 2025 com **498 leitos** entre as especialidades (cirurgia geral gastroenterologia, ginecologia, nefrologia, oncologia clínica e cirúrgica, ortopedia e traumatologia, cardiologia, clínica geral, hematologia, neurologia, pneumologia, pediatria clínica, obstetrícia clínica e cirúrgica). A estrutura contempla leitos de enfermaria, leitos de UTI (adulto e neonatal), **14 salas** cirúrgicas, **51 consultórios** ambulatoriais, **31 leitos** de sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), sendo 24 da cirurgia geral e 7 no centro cirúrgico obstétrico, 15 leitos de Unidade de Internação Breve (UIB) Adulto e



15 leitos de UIB da obstetrícia, centro de quimioterapia com 20 poltronas, 02 leitos na sala vermelha da emergência e Casa da Gestante com 10 leitos. (Fonte: ARS Vitae-ISGH).

O HUC amplia significativamente a capacidade assistencial da Rede SESA, oferecendo serviços especializados de média e alta complexidade, como Cirurgia Vascular, Urologia, Hematologia, Oncologia Clínica e Cirúrgica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Obstetrícia.

A implantação do HUC consolida importante avanço no cumprimento da meta estabelecida no PPA 2025-2027, fortalecendo a regionalização da assistência, ampliando o acesso da população a serviços qualificados e integrando assistência, ensino e pesquisa no âmbito do Sistema Único de Saúde no Ceará.

### **Avaliação Qualitativa**

A análise das ações identificou fatores estruturais e operacionais que ainda comprometem a efetividade das diretrizes, dentre os quais:

- **Iniquidades sociais:** As desigualdades socioeconômicas impactam em muitos indicadores na saúde pública em todos os níveis de atenção.
  - **Fragilidades na Atenção Primária:** Alta rotatividade dos profissionais, escassez de profissionais qualificados, sobrecarga de trabalho e defasagem na atualização dos protocolos clínicos;
  - **Baixa Integração das redes de atenção:** A falta de integração entre os diferentes níveis de atenção compromete a continuidade e a integralidade do cuidado;
  - **Acesso aos serviços:** Barreiras geográficas e longos períodos de espera para consultas e exames, especialmente em regiões mais remotas.
- 
- **Diretriz 2:** Fortalecer a vigilância em saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de proteção da saúde da população.

A segunda Diretriz, que tem como objetivo fortalecer a Vigilância em Saúde, apresenta um panorama composto por avanços significativos e desafios persistentes. Embora algumas ações tenham obtido resultados expressivos, como o aumento da **proporção de fichas de doenças**

**imunopreveníveis encerradas oportunamente**, alcançando **83,50%** de resultado e execução de **90,76%** em relação à meta pactuada de **92%**, ainda há aspectos que demandam aprimoramento. O êxito nesse indicador reflete o esforço conjunto do Grupo Técnico, em parceria com as **Coordenadorias das Áreas Descentralizadas de Saúde (COADS)**, além das capacitações “Treinamento Flash” realizadas no primeiro semestre de 2025.

O indicador de **Proporção de municípios com o teste rápido de hanseníase implantado** reflete a capacidade da Atenção Primária à Saúde de incorporar tecnologias diagnósticas oportunas, especialmente no contexto da vigilância de contatos assintomáticos de casos novos. Em 2025, foram registrados **136 municípios com o teste implantado**, correspondendo a **73,9%** do total de 184 municípios do Ceará. Observa-se evolução significativa ao longo do ano, considerando que no primeiro quadrimestre eram **79 municípios (42,9%)** e, no segundo, **96 municípios (52,2%)**. Esse avanço evidencia o fortalecimento da implementação da estratégia, ainda que o resultado permaneça abaixo da meta estabelecida para o período.

Já no âmbito na distribuição de material de Imunização em 2025, foram distribuídos o total de **23.250.798 itens**, incluindo **vacinas, soros**, imunoglobulinas e seringas/agulhas, o que corresponde a 103,39% da meta anual estimada, sendo:

**Imunobiológicos:** 12.610.764 unidades entregues;

**Seringas:** 10.640.034 unidades distribuídas;

### **Análise de desempenho dos componentes da Vigilância em Saúde**

#### **- Vigilância Epidemiológica:**

Os resultados referentes à vigilância de doenças como tuberculose e hanseníase evidenciam a necessidade de intensificar as ações de diagnóstico e tratamento, com ênfase na investigação de contatos e na ampliação do uso de testes rápidos.

#### **- Vigilância Sanitária:**

A implementação das ações de vigilância sanitária nos municípios ainda representa um desafio relevante. A escassez de recursos

humanos e a complexidade dos sistemas de informação dificultam o alcance pleno dos objetivos. Em 2025, foram concedidas 633 licenças sanitárias, correspondendo a 103% da meta pactuada de 612. A concessão dessas licenças depende do cumprimento das boas práticas, isto é, da conformidade dos estabelecimentos com as normas vigentes no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

- **Vigilância Ambiental:**

A implantação da Rede Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (RENAVEH) permanece em estágio inicial, com adesão ainda limitada por parte dos municípios. Embora em 2025, foram vinculados dez hospitais à rede, correspondendo a 100% da meta anual. As unidades vinculadas estão localizadas nos municípios de Pedra Branca, Icapuí, Maranguape, Solonópole, Canindé e Aracati.

- **Vigilância em Saúde do Trabalhador:**

Os dados de monitoramento de zoonoses, entomologia e controle de vetores evidenciam desempenho consistente, alcançando 49,80% da meta pactuada de 50% para o ano de 2025.

**Principais desafios identificados:**

- **Recursos humanos:** escassez de profissionais qualificados e alta rotatividade comprometem a continuidade das ações;
- **Sistemas de informação:** falta de integração e elevada complexidade dificultam a coleta, análise e disseminação de dados;
- **Gestão local:** capacidade limitada de gestão em alguns municípios restringe a implementação efetiva das ações de vigilância;
- **Mobilização social:** a participação da comunidade nas ações de prevenção e controle de doenças ainda é insuficiente, demandando estratégias mais eficazes de engajamento.

Superar esses desafios requer o fortalecimento da gestão local, o aprimoramento dos sistemas de informação e a ampliação da participação social, de modo a consolidar uma vigilância em saúde mais eficiente, integrada e sustentável.

- **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.

A terceira Diretriz, que tem como foco o aprimoramento da governança e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta avanços expressivos em determinados indicadores, embora ainda enfrente desafios estruturais em outras áreas. A análise dos resultados evidencia o esforço contínuo em promover maior eficiência, transparência e participação social na gestão pública da saúde.

Em 2025, o **Índice de Desempenho Institucional (IDI)** registrou resultado de **49,12%**. Em relação à meta anual pactuada de **74%**, esse desempenho corresponde a **66,38%** de atingimento, evidenciando um descompasso relevante entre o planejamento estratégico e a execução operacional ao longo do exercício. Avanços como a ampliação da rede de dados, a inauguração de equipamentos estruturantes (a exemplo do HUC) e o superávit em indicadores específicos, como saúde bucal e cirurgias eletivas contribuíram para o resultado do IDI.

- **Comunicação e Transparência:**

O aumento do número de ouvidorias e a redução do tempo médio de resposta às manifestações dos cidadãos representam avanços significativos no fortalecimento dos mecanismos de diálogo e controle social. No entanto, persistem desafios relacionados ao baixo conhecimento da população sobre a importância da ouvidoria e à necessidade de maior acompanhamento dos sistemas por parte das áreas técnicas. Em 2025 foram implantadas duas novas ouvidorias no estado, nas unidades: Superintendência Regional de Fortaleza (SRFOR) e Hospital Universitário do Ceará (HUC).

- **Controle e Qualidade:**

O desempenho do Plano de Integridade demonstra evolução relevante, com resultado de 95,18% em relação à meta pactuada de 84%. Esse indicador reflete o comprometimento institucional com práticas de gestão ética, transparente e responsável. Por outro lado, a certificação de unidades de saúde ainda enfrenta dificuldades, especialmente quanto à manutenção das certificações, impactada pela limitação de recursos financeiros disponíveis.

- **Desafios:**

Os compromissos assumidos no âmbito da terceira Diretriz têm contribuído para o fortalecimento da governança e da gestão do SUS, promovendo maior integração entre as instâncias de planejamento,

controle e execução. Apesar dos avanços, persistem desafios que exigem atenção prioritária:

Recursos financeiros: insuficiência orçamentária compromete a sustentabilidade das ações e certificações;

Capacitação profissional: necessidade de qualificação contínua dos profissionais de gestão e controle;

Sistemas de informação: fragmentação e complexidade dificultam a integração e o uso estratégico dos dados;

Participação social: necessidade de ampliar o engajamento comunitário nos processos decisórios e de avaliação das políticas públicas.

Para superar esses desafios e alcançar os objetivos propostos, é fundamental investir na integração dos sistemas de informação, fortalecer a capacidade de gestão dos municípios, ampliar os espaços de participação social e garantir a eficiência e a transparência na utilização dos recursos públicos, consolidando uma gestão do SUS mais moderna, participativa e sustentável.

- **Diretriz 4:** Fortalecer a gestão do trabalho, a educação na saúde, a pesquisa, soluções tecnológicas, iniciativas inovadoras e aprimorar a rede de conhecimento.

Por fim, A quarta Diretriz da Agenda Estratégica da Sesa, voltada ao fortalecimento da gestão do trabalho, da educação em saúde, da pesquisa e da inovação, apresenta avanços expressivos em determinadas áreas, ao mesmo tempo em que evidencia desafios que ainda demandam superação.

O avanço na implantação de sistemas de informação representa um marco importante para a modernização da gestão em saúde. O indicador Percentual de integração dos sistemas de informações dos serviços de saúde do Estado atingiu 71,42% de resultado, em relação à meta pactuada de 73,30%. Embora o desempenho revele progresso significativo, ainda há necessidade de aprimorar a coordenação entre projetos e consolidar a integração plena das plataformas digitais.

## **Inovação e Tecnologia:**

**Sistemas já integrados:** CNES, SIGTAP, SIGES, Fastmedic (regulação e leitos), IntegraSH, Imunização Covid, VITAE (SESA e ISGH) e e-SUS AB (Atenção Básica), com implantação mais recente em 2025.

**Sistemas pendentes de integração:** As integrações ainda pendentes incluem os sistemas Softlab, OneLaudos, ALMOX (abastecimento farmacêutico) e a integração com a RNDS, cuja conclusão é estratégica para a consolidação da interoperabilidade plena da rede.

Ressalta-se que a REDS Profissional foi colocada em produção com a implantação do sistema IntegraSH no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), em 15/12/2025, representando um marco importante na operacionalização da plataforma em ambiente assistencial.

A continuidade das ações voltadas à inovação tecnológica e à integração dos sistemas de informação é essencial para fortalecer a gestão, qualificar os processos de trabalho e subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências. A consolidação dessas iniciativas contribuirá diretamente para uma rede de saúde mais eficiente, transparente e orientada por dados.

### **● Projetos Estratégicos e Planos de Ação**

Neste item, apresentamos uma visão geral do processo de acompanhamento e monitoramento dos projetos e planos de ação considerados estratégicos no contexto da Agenda Estratégica da Sesa 2024-2027.

Inicialmente, a Agenda Estratégica da Sesa previa a pactuação de 18 projetos estratégicos e 29 planos de ação.

Entretanto, ao longo da fase de planejamento, três projetos foram reclassificados como planos de ação. Esta reclassificação ocorreu devido à natureza operacional e à continuidade de suas atividades. São eles:

1. Implantação da Rede de Economia da Saúde;
2. Observatório de Acompanhamento do Cuidado às Pessoas em Situação de Violência; e

### 3. Fortalecimento da Rede Ambulatorial Especializada de Gestão Própria .

Com essa reclassificação, o portfólio consolidou-se em **15 projetos estratégicos e 32 planos de ação**.

Atualmente, a CEGPR está monitorando 1 projeto estratégico e 20 planos de ação. Além disso, observa-se a seguinte distribuição de status no portfólio:

| SECRETARIA EXECUTIVA | COORDENAÇÃO | CLASSIFICAÇÃO | TÍTULO                                                                       | STATUS        |
|----------------------|-------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| SEPGI                | COGEQ       | Plano de Ação | Acreditação das Unidades de Saúde do Estado                                  | Cancelado     |
| SEPGI                | COGEQ       | Plano de Ação | Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) no nível central da Sesa | Cancelado     |
| SEPGI                | CODIP       | Plano de Ação | Fortalecimento do planejamento do SUS no Estado                              | Concluído     |
| SEPGI                | COGEO       | Plano de Ação | Implantação da rede de economia da saúde                                     | Monitoramento |
| SEPGI                | CODIP       | Plano de Ação | Desenvolvimento Institucional                                                | Monitoramento |
| SEPGI                | CODIP       | Projeto       | Implantação do Sistema de Governança Estadual                                | Planejamento  |
| SEPGI                | COGEP       | Plano de Ação | Fortalecimento da Gestão do Trabalho                                         | Monitoramento |
| SEAPS                | COAPS       | Projeto       | Projeto de Braços Abertos                                                    | Monitoramento |
| SEAPS                | COPAF       | Projeto       | Desjudicialização de medicamentos                                            | Cancelado     |
| SEAPS                | COPOM       | Plano de Ação | Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial                               | Monitoramento |
| SEAPS                | COGEC       | Plano de Ação | Cuidado integral à Saúde de Adolescentes e Jovens                            | Monitoramento |
| SEAPS                | COGEC       | Plano de Ação | Avaliação das Políticas de Saúde                                             | Monitoramento |
| SEAPS                | COGEC       | Plano de Ação | Painel de acompanhamento do cuidado às pessoas em situação de violência      | Monitoramento |
| SEAPS                | COEPS       | Plano de Ação | Gestão do Conhecimento e Pesquisa em Saúde                                   | Monitoramento |
| SEAPS                | COEPS       | Plano de Ação | Fortalecimento da Educação na Saúde no SUS-CE                                | Monitoramento |
| SEAPS                | COEPS       | Projeto       | Integração ensino e serviço e comunidade na Saúde                            | Paralisado    |
| SEAPS                | COEPS       | Plano de Ação | Equidade SUS Ceará                                                           | Monitoramento |
| SEAFI                | COLOB       | Projeto       | Gerenciamento integrado da Cadeia de Suprimentos                             | Paralisado    |



| SECRETARIA EXECUTIVA | COORDENAÇÃO | CLASSIFICAÇÃO | TÍTULO                                                                                            | STATUS        |
|----------------------|-------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| SEAFI                | SEAFI       | Plano de Ação | Otimização de Recursos Gerenciados pelo FUNDES                                                    | Concluído     |
| SEAFI                | COINF       | Projeto       | Governança em TIC - Políticas de Governança e Gestão de TIC na SESA Central e Unidades Vinculadas | Paralisado    |
| SEAFI                | COINF       | Projeto       | Implantação das Políticas da Segurança da Informação                                              | Paralisado    |
| SEAFI                | COTEC       | Projeto       | Centro de Inteligência Estratégica para Gestão Estadual do SUS - CIEGES                           | Paralisado    |
| SEAFI                | COTEC       | Plano de Ação | IntegraSUS 2.0                                                                                    | Concluído     |
| SEAFI                | COTEC       | Projeto       | Implantação da Rede Estadual de Dados em Saúde do Ceará (REDS)                                    | Paralisado    |
| SEVIG                | SVO         | Projeto       | Regionalização do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)                                           | Planejamento  |
| SEVIG                | LACEN       | Projeto       | Regionalização da Rede de Vigilância Laboratorial                                                 | Planejamento  |
| SEVIG                | COIMU       | Projeto       | Descentralização da Rede de Frio Estadual                                                         | Planejamento  |
| SEVIG                | COVEP       | Plano de Ação | Fortalecimento da Prevenção e Vigilância das IST                                                  | Monitoramento |
| SEVIG                | COVAT       | Plano de Ação | Institucionalizar a Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nas Regiões de Saúde     | Monitoramento |
| SEVIG                | COVAT       | Plano de Ação | Ampliação do Programa Vigidesatres nos municípios                                                 | Monitoramento |
| SEVIG                | COVEP       | Plano de Ação | Vigilância oportuna de contatos de casos novos de tuberculose                                     | Concluído     |
| SEVIG                | COVEP       | Plano de Ação | Vigilância do diagnóstico precoce de Hanseníase                                                   | Monitoramento |
| SEADE                | SEADE       | Projeto       | Fortalecimento e estruturação das Superintendências Regionais de Saúde                            | Paralisado    |
| SEADE                | SEADE       | Plano de Ação | Fortalecimento da Rede Ambulatorial Especializada de Gestão Própria da SESA                       | Paralisado    |
| SEADE                | CORAS       | Plano de Ação | Fortalecimento da Rede de Atenção Materno Infantil                                                | Monitoramento |
| SEADE                | CORAS       | Plano de Ação | Fortalecimento da Rede de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis                          | Monitoramento |
| SEADE                | CORAS       | Plano de Ação | Fortalecimento da Rede de Atenção Pessoa com Deficiência                                          | Monitoramento |
| SEADE                | CORAS       | Plano de Ação | Fortalecimento da atenção bucal no Estado                                                         | Monitoramento |
| SEADE                | CORUE       | Plano de Ação | Fortalecimento da Rede de Atenção Urgência e Emergência                                           | Monitoramento |

| SECRETARIA EXECUTIVA | COORDENAÇÃO | CLASSIFICAÇÃO | TÍTULO                                                                                                | STATUS        |
|----------------------|-------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| SEADE                | COREG       | Plano de Ação | Fortalecimento do programa estadual de cirurgia eletiva                                               | Monitoramento |
| SEADE                | COREG       | Plano de Ação | Fortalecimento do sistema de regulação no estado                                                      | Paralisado    |
| ESP                  | GINOV       | Projeto       | Soluções tecnológicas de inovação e conhecimento                                                      | Concluído     |
| CESAU                | CESAU       | Plano de Ação | Articulação com os Conselhos Municipais de Saúde para fortalecimento do planejamento do SUS no Estado | Paralisado    |
| GABSEC               | ASCOM       | Plano de Ação | Fortalecimento dos mecanismos de comunicação com a sociedade                                          | Paralisado    |
| GABSEC               | ASCOM       | Plano de Ação | Qualificação dos canais de comunicação interna                                                        | Paralisado    |
| GABSEC               | ASCIT       | Plano de Ação | Implementação do Programa de Integridade da Sesa                                                      | Cancelado     |
| GABSEC               | AUDIT       | Projeto       | Fortalecer a Auditoria da Sesa qualificando a estrutura, processos e equipes de trabalho.             | Planejamento  |

Assim:

- Paralisados: 7 projetos e 5 planos de ação;
- Cancelados: 1 projeto e 3 planos de ação;
- Planejamento: 5 projetos;
- Monitoramento: 1 projeto e 20 planos de ação;
- Concluídos: 1 projeto e 4 planos de ação.

O detalhamento completo dos Projetos e Planos, incluindo informações como o título, o *status* de execução e o responsável, pode ser encontrado na listagem específica de projetos e planos de cada Objetivo Estratégico para o qual eles contribuem.

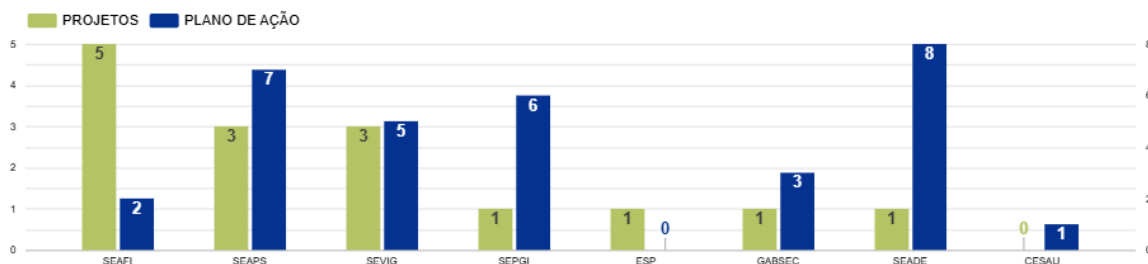
Observa-se, contudo, que o número de iniciativas em monitoramento está aquém do previsto para o período, refletindo a necessidade de fortalecer os processos de replanejamento e retomada das ações estratégicas, de forma a assegurar maior continuidade e efetividade na execução dos projetos institucionais.

Essa distribuição reforça a necessidade de revisar prazos, redefinir prioridades e alinhar com as metas institucionais, de modo a ampliar o número de projetos em monitoramento ativo e otimizar os resultados esperados para o ciclo seguinte.

Acesse o link com o dashboard dos projetos e planos de ação para uma visualização de forma consolidada e interativa:

<https://lookerstudio.google.com/reporting/113b112c-5db9-4b07-a412-e27532c05716>

**VISÃO GERAL DE PROJETOS E PLANO DE AÇÃO POR SECRETARIA EXECUTIVA**



**15**  
PROJETOS



**32**  
PLANOS DE AÇÃO

**STATUS GERAL**

| STATUS        | PROJETOS | PLANO DE AÇÃO |
|---------------|----------|---------------|
| Monitoramento | 1        | 21            |
| Paralisado    | 8        | 5             |
| Planejamento  | 4        | 0             |
| Concluído     | 1        | 3             |
| Cancelado     | 1        | 3             |



**Atenção:** 53% os projetos encontram-se atualmente em status Paralisado.

### 3.1 Atenção à Saúde

**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.

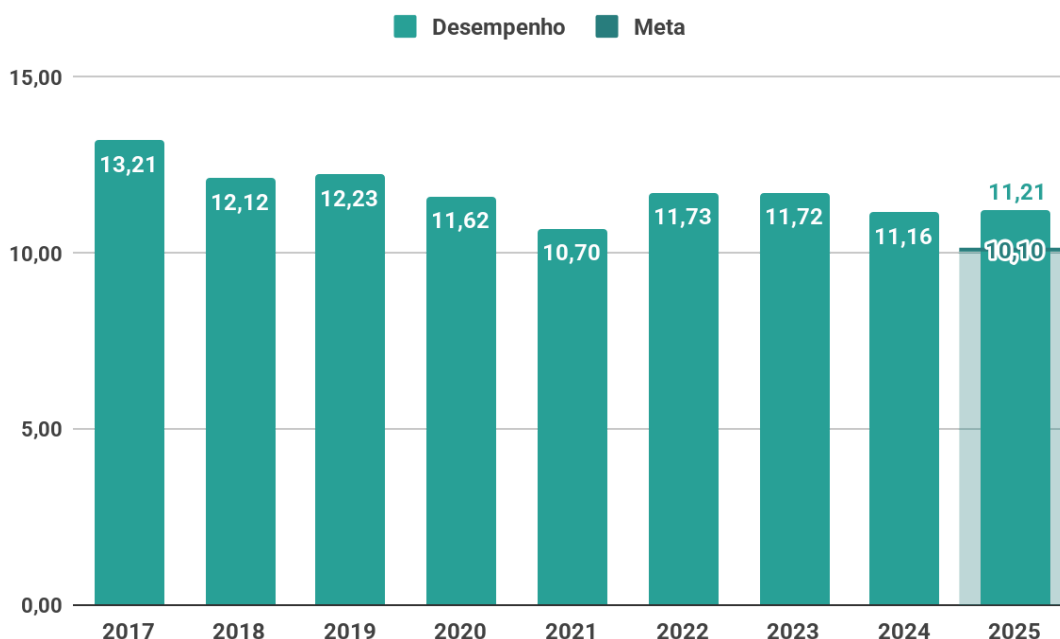
**Objetivo 1.1:** Fortalecer as redes de atenção à saúde assegurando o acesso às ações e serviços de saúde de forma integrada, equânime e regionalmente bem distribuída, em consonância com as prioridades sanitárias.

#### Desempenho dos Indicadores

**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                         | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-----------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Taxa de mortalidade infantil (%). | Quanto menor, melhor | CORAS | 10,10     | 11,21     | 89,01%     |

#### Série Histórica



### Análise de Desempenho

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é o número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade, por mil nascidos vivos, em um determinado período e região. Esse indicador é amplamente utilizado para avaliar as condições de saúde pública, saneamento básico, acesso a serviços de saúde, e qualidade da atenção pré-natal e neonatal. Este indicador tem o objetivo de avaliar a qualidade de vida e desenvolvimento da primeira infância, por expressar a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre grupos sociais e regiões. O Estado tem como meta reduzir a taxa de mortalidade infantil em crianças menores de 1 ano de idade passando de 12,23 em 2019 para 9,5 até 2027, atualmente a taxa de 2025 está em 11,21. Temos ações que seguem de forma contínua: Monitoramento e avaliação dos Hospitais Amigo da Criança; Fortalecimento e a estratificação de risco gestacional durante o pré-natal, por meio da sensibilização e capacitação dos profissionais para estratégias que possam reduzir a mortalidade infantil; Monitoramento do Qualineo e método Canguru; Relatório quadrimestral por Região com análise e discussão dos casos de óbitos nos Comitês, com objetivo de fortalecer as ações; Articulação das ações com o Comitê Estadual de Incentivo ao Aleitamento Materno e da Rede de Bancos de Leite Humano do Ceará; fortalecimento e a estratificação de risco da criança de 0 a 5 anos e Reuniões da célula materno infantil com áreas técnicas da SESA e instituições externas para alinhamento de ações, visando a qualificação e a integralidade do cuidado infantil.

Numerador: 1.202

Denominador: 107.243

Fator de multiplicação: 1.000

Obs.: Dados sujeitos a alteração, tendo em vista o delay nos Sistemas de Informação."

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

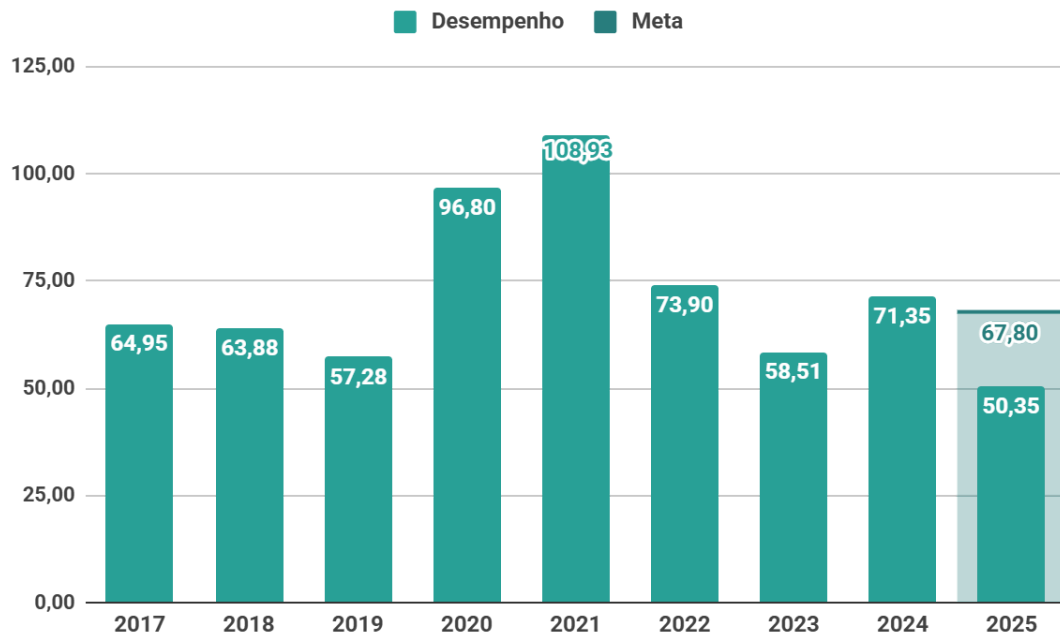
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Fragilidades relacionadas com a estrutura dos serviços. Fragilidades relacionadas aos processos de trabalho. Diagnóstico tardio das comorbidades durante a gestação e complicações intraparto.                                                                                                                                                       |
| <b>CAUSAS</b> | - Dificuldade no acesso ao serviço; Região de Saúde com vazio assistencial para o parto de alto risco e atenção ao recém-nascido de forma integral;<br>- Dificuldade no processo de Regulação;<br>- Demanda maior do que a oferta para atendimento de gestante de alto risco;<br>- Falhas no manejo adequado dos instrumentos/Notas Técnicas vigentes. |

## AÇÕES

- Aprovação em CIB do Plano de Ação Estadual da Rede Alyne, com vista a ampliação da Rede Materno-Infantil nas 05 regiões. Reuniões da célula materno infantil com áreas técnicas da SESA e instituições externas para alinhamento de ações, visando a qualificação e a integralidade do cuidado materno- infantil. Assessoria às Regiões referente às habilitações da área técnica Materno Infantil - PAR Regional. Ampliação do acesso e qualidade do pré-natal na Atenção Especializada. Revisão da Nota Técnica de Estratificação de Risco Gestacional para a organização da assistência à saúde da gestante. Reunião com a Coordenadoria de Regulação para aprimoramento dos processos de regulação, através da viabilização do Protocolo de Regulação no âmbito da Rede Materno-Infantil e Mapa de Vinculação. Fortalecimento do comitê de prevenção de aleitamento materno e da rede de bancos de leite. Oficinas de estratificação de risco gestacional com profissionais da APS e AAE. Apoio técnico aos Comitês Regionais de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Validação da Estratificação de Risco na Atenção Ambulatorial Especializada. Oficinas de tutoria para alinhamento das estratificações de risco APS e AAE. Eventos como: agosto dourado e novembro roxo com temáticas voltadas para a qualificação da assistência. Apoio na Implementação da estratégia de imunização passiva com o anticorpo monoclonal nirsevimabe, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, visando à prevenção da infecção pelo vírus sincicial respiratório (VSR) em lactentes e à redução da morbimortalidade infantil associada às infecções respiratórias nas Maternidades. Apoio na Implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com reavaliações trienais e ampliação dos hospitais certificados. Apoio no Fortalecimento do Diagnóstico Precoce e da Assistência às Crianças com Cardiopatia Congênita.

**Meta 1.1.2:** Reduzir a razão de mortalidade materna obstétrica, passando de 76,30 da média histórica para 60,3 em 2027. (%)

| Indicador                    | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Razão de mortalidade materna | Quanto menor, melhor | CORAS | 67,80     | 50,35     | 125,74%    |
| Série Histórica              |                      |       |           |           |            |



### Análise de Desempenho

O cálculo da mortalidade materna é feito através da fórmula da Razão de Mortalidade Materna (RMM): número de óbitos maternos / número de nascidos vivos x 100.000. Esta medida expressa o número de mortes de mulheres por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério (até 42 dias após o fim da gestação), por 100 mil nascidos vivos em um determinado período e local. A taxa de mortalidade materna de 2025 encontra-se no momento em 50,35, considerada alta pela OMS. O Ceará quer reduzir para 60,30 até o ano de 2027. Entre as ações realizadas, seguem, de forma contínua: Participação das tutorias e inter tutoriais para alinhamento das ações nas regiões de saúde, visando o fortalecimento das estratégias; fortalecimento e a estratificação de risco das gestantes durante o pré-natal, por meio da elaboração de estratégias que possam reduzir a mortalidade materna; monitoramento das Comissões Municipais de Prevenção a Mortalidade Materno Infantil e Fetal; Atuação do Comitê Regional de Prevenção a Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do Fortaleza, Sertão Central, Litoral Leste e Região Norte; Análise e discussão dos casos de óbitos nos Comitês; Levantamento do diagnóstico dos pontos de atenção hospitalares da rede materno infantil do estado do Ceará e reuniões da célula materno infantil com áreas técnicas da SESA e instituições externas para alinhamento de ações, visando a qualificação e a integralidade do cuidado materno-infantil.

Numerador: 54

Denominador: 107.243

Fator de multiplicação: 100.000

Obs.: Dados sujeitos a alteração, tendo em vista o delay nos Sistemas de Informação.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

#### FATOS

- Falhas no acesso oportuno e na qualidade da atenção obstétrica.

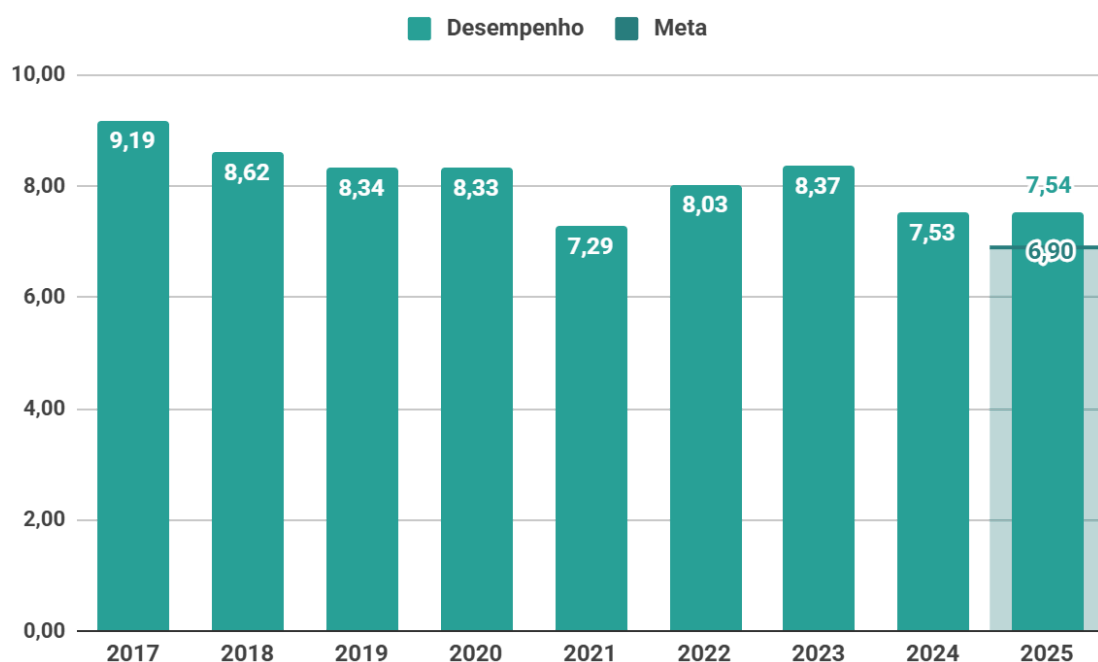


|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CAUSAS</b> | - Fragilidade na vinculação da gestante à maternidade de referência. Dificuldade no Acesso ao serviço/peregrinação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>AÇÕES</b>  | - Articulação com a Regulação para construção do Protocolo de Regulação da Rede Materno-Infantil e construção do Mapa de Vinculação. Apoio técnico ao Comitê Regional de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Construção do Plano Estadual da Rede Alyne junto às regiões de saúde para reorganização da Rede Materno-Infantil no Estado do Ceará. Participação e apoio nas ações e oficinas do Projeto De Braços Abertos nas regiões Leste/Jaguaribe e Sul (Cariri). Apoio na implementação e fortalecimento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), no que tange o Cuidado Amigo da Mulher (CAM). Apoio na articulação para inserção da vacina Abrysvo® para vacinação de gestantes a partir de 28 semanas de gestação para proteção dos bebês contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR). |

**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                    | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Taxa de mortalidade neonatal | Quanto menor, melhor | CORAS | 6,90      | 7,54      | 90,72%     |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

A mortalidade neonatal (óbitos entre 0 e 27 dias de vida) é um importante indicador de saúde de uma população e corresponde a aproximadamente 2/3 dos óbitos infantis; categoriza-se em precoce, que é aquela que ocorre até o sétimo dia incompleto de vida, e tardia, que ocorre entre o sétimo e 28º dia incompleto de vida. O óbito neonatal é o principal componente da taxa de mortalidade infantil e que reflete a assistência de saúde prestada à gestante no período pré-parto, no parto e a assistência ao recém-nascido logo após o nascimento.

A Taxa de Mortalidade neonatal em 2019 foi de 8,34/1.000 Nascidos Vivos (NV), no ano de 2025 encontra-se no momento em 7,54/1.000 NV, percebemos uma redução de 9,35% em 5 anos. Entre as ações realizadas, seguem de forma contínua: O fortalecimento e a estratificação de risco das gestantes durante o pré-natal, por meio da elaboração de estratégias que possam reduzir a mortalidade infantil; Fortalecimento da Nota técnica sobre estratificação de risco da criança de 0 a 5 anos; Monitoramento das Comissões Municipais de Prevenção a Mortalidade Materno Infantil e Fetal; Atuação do Comitê Regional de Prevenção a Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do Fortaleza, Sertão Central, Litoral Leste e Região Norte; Análise e discussão dos casos de óbitos nos Comitês; Levantamento do diagnóstico dos pontos de atenção hospitalares da rede materno infantil do estado do Ceará; Reuniões da célula materno infantil com áreas técnicas da SESA para alinhamento de ações, visando a qualificação e a integralidade do cuidado neonatal; Monitoramento e avaliação dos Hospitais Amigo da Criança; Monitoramento do Qualineo e método Canguru.

Numerador: 809

Denominador: 107.243

Fator de multiplicação: 1.000

Obs.: Dados sujeitos a alteração, tendo em vista o delay nos Sistemas de Informação.

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

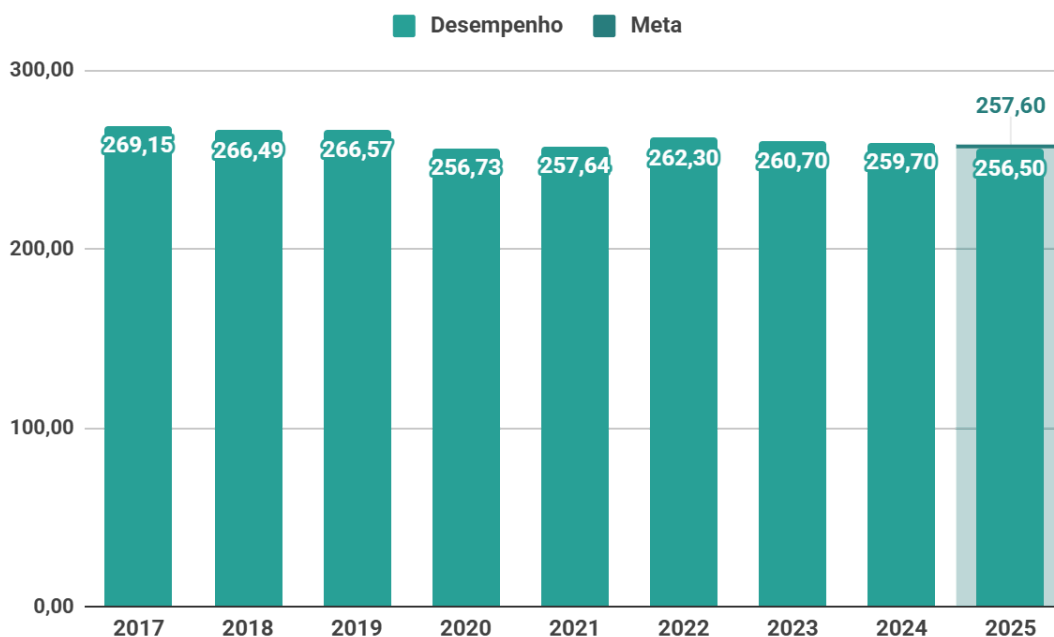
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Fragilidades relacionadas aos processos de trabalho. Diagnóstico tardio das comorbidades durante a gestação e complicações intraparto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>CAUSAS</b> | - Falhas no manejo adequado dos instrumentos/Notas Técnicas vigentes. Região de Saúde com vazio assistencial para o parto de alto risco e atenção ao recém-nascido de forma integral.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>AÇÕES</b>  | - Aprovação em CIB do Plano de Ação Estadual da Rede Alyne, com vista a ampliação da Rede Materno-Infantil nas 05 regiões. Reuniões da célula materno infantil com áreas técnicas da SESA e instituições externas para alinhamento de ações, visando a qualificação e a integralidade do cuidado materno- infantil. Assessoria às Regiões referente às habilitações da área técnica Materno Infantil-PAR Regional. Ampliação do acesso e qualidade do pré-natal na Atenção Especializada. Revisão da Nota Técnica de Estratificação de Risco Gestacional para a organização da assistência à saúde da gestante. Reunião com a Coordenadoria de Regulação para aprimoramento dos processos de regulação, através da viabilização do Protocolo de Regulação no âmbito da Rede Materno-Infantil e Mapa de Vinculação. Fortalecimento do comitê de prevenção de aleitamento materno e da rede de bancos de leite. Oficinas de estratificação de risco gestacional com profissionais da APS e AAE. Apoio técnico aos Comitês Regionais de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Validação da Estratificação de Risco na Atenção Ambulatorial Especializada. Oficinas de tutoria para alinhamento das estratificações de risco APS e AAE. Eventos como: |

agosto dourado e novembro roxo com temáticas voltadas para a qualificação da assistência. Apoio na Implementação da estratégia de imunização passiva com o anticorpo monoclonal nirsevimabe, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, visando à prevenção da infecção pelo vírus sincicial respiratório (VSR) em lactentes e à redução da morbimortalidade infantil associada às infecções respiratórias nas Maternidades. Apoio na Implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com reavaliações trienais e ampliação dos hospitais certificados.

**Meta 1.1.4:** 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                                                                                                      | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelos principais grupos de Doenças Crônicas não Transmissíveis | Quanto menor, melhor | CORAS | 257,60    | 256,50    | 100,43%    |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

A análise da taxa de mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no Ceará em 2025 revela um cenário de desempenho positivo, com o estado registrando taxa de 256,50, valor que supera a meta anual pactuada de 257,60. Este resultado, que representa o cumprimento integral (100%) dos objetivos estabelecidos, é reflexo de uma estratégia robusta que combina o fortalecimento da Atenção Primária, por meio do Projeto de Braços Abertos, com a descentralização da alta complexidade oncológica em unidades como o HRVJ, HRSC, CAC Crio e HUC.

A eficácia no controle dessas patologias foi sustentada por ações de qualificação técnica, como os cursos voltados ao cuidado do pé diabético, e pela inovação diagnóstica com a implantação do teste molecular DNA-HPV e a modernização do monitoramento via SISCAN.

Entretanto, apesar do avanço e do alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3.4), a alta prevalência de óbitos por doenças do aparelho circulatório (38%) sinaliza que o desafio remanescente exige a intensificação de políticas direcionadas aos fatores de risco cardiovasculares para garantir a sustentabilidade da redução dessa taxa em ciclos futuros.

Numerador: 11.899

Denominador: 4.638.689

Fator de multiplicação: 100.000

Obs.: Dados sujeitos a alteração, tendo em vista o delay nos Sistemas de Informação.

#### **Análise Fato-Causa-Ação (FCA)**

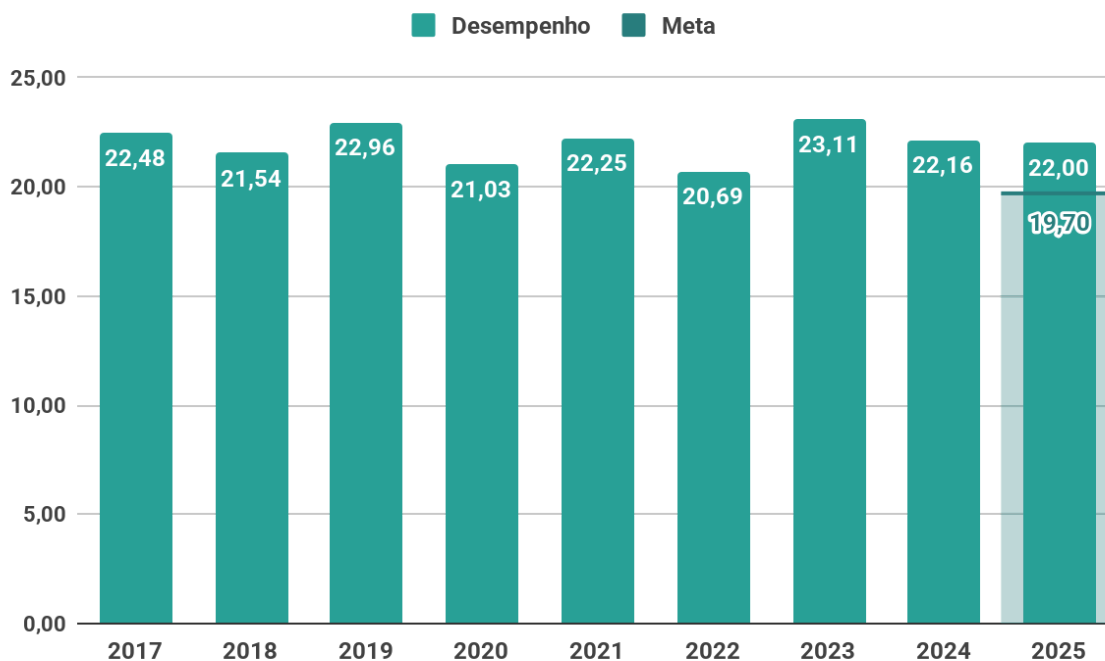
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragilidade na estratificação de risco e no monitoramento regular dos usuários com HAS e DM;</li> <li>- Dificuldade ao acesso de consultas, exames e outros procedimentos diagnósticos e terapêuticos, no âmbito da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar;</li> <li>- Dificuldade na promoção de cursos voltados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), Referente a educação permanente dos Gestores e Profissionais de saúde.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiência de serviços de alta complexidade em oncologia;</li> <li>- Insuficiência de serviços de referência em SDM e SRC;</li> <li>- Insuficiência de protocolos clínicos bem implementados para estratificação de risco e manejo de complicações (Inclui DM e HAS);</li> <li>- Insuficiência da educação continuada dos profissionais da atenção primária à saúde;</li> <li>- Fragilidade na articulação com os pontos de atenção de média e alta complexidade (DM, HAS e Oncologia);</li> <li>- Acesso demorado a biópsias para a confirmação do câncer;</li> <li>- Insuficiência de serviços habilitados de alta complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave no Estado do Ceará.</li> </ul> |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulação para implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) no Estado do Ceará;</li> <li>- Implantação do serviço de Oncologia CAC CRIO de Crateús e do Hospital Universitário do Ceará;</li> <li>- Habilitação em UNACON do HRVJ e do HRSC;</li> <li>- Projeto de Braços Abertos: Webinar de Estratificação de Risco em Hipertensão e Diabetes na Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                             |

- Projeto de Outubro a Outubro Rosa - (Parceria com a Casa Civil no projeto Mensageria);
- Nota Informativa: Panorama da Oncologia Infantojuvenil, segundo Dados do Registro Hospitalar do Câncer do Hospital Infantil Albert Sabin/Sesa;
- Articulação para habilitação do serviço de Oncologia no IMTAVI (Brejo santo).
- Alinhamento/Articulação/Suporte para Carretas Agora Tem Especialista na modalidade Saúde da Mulher;
- Realização do Seminário Estadual de Gestão de Cuidado à Pessoa que Vive com Diabetes;
- Realização do Curso Básico de Cuidado à Pessoa que Vive com Diabetes, com ênfase no pé diabético;
- Realização de visitas técnicas de monitoramento nas unidades de alta complexidade em Oncologia (UNACON/CACON);
- Realização de Oficina de treinamento do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) nas Regiões de Saúde do Estado do Ceará.

**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                                                                   | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por câncer de mama feminino | Quanto menor, melhor | CORAS | 19,70     | 22,00     | 88,32%     |

**Série Histórica**



### Análise de Desempenho

O câncer de mama é a neoplasia mais comumente diagnosticada em mulheres e a primeira causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, configurando-se em importante problema de saúde pública devido à sua elevada incidência e morbimortalidade (Observatório de oncologia, 2023). A taxa de mortalidade prematura (30 - 69 anos) por câncer de mama feminino, busca mensurar o número de óbitos ocorridos relacionados a essa patologia na população feminina de 30 a 69 anos, por 100 mil habitantes. Este é um indicador vital para monitorar a carga da doença em uma população economicamente ativa, sendo que a polaridade positiva — ou seja, o cenário ideal — é representada pelas menores taxas.

No Ceará, a análise deste indicador revela um comportamento oscilante e preocupante. O principal desafio identificado é a baixa cobertura de rastreamento mamográfico, o que culmina em diagnósticos tardios e tratamentos menos eficazes. Para 2025, a meta pactuada é alcançar uma taxa igual ou inferior a 19,7 óbitos por 100 mil mulheres. Contudo, os dados acumulados de janeiro a dezembro do presente ano apontam uma taxa de 22,0%. Este resultado é considerado negativo, uma vez que o Estado já ultrapassou o limite estabelecido para o período.

Embora o cenário atual apresenta desafios para o cumprimento da meta estabelecida, o Estado do Ceará vem intensificando uma série de ações estratégicas voltadas à reversão desses indicadores. Entre as iniciativas, destacam-se o como a habilitação de serviços de alta complexidade em oncologia, Implantação de novos serviços em Oncologia de alta complexidade (CAC CRIO de Crateús e do Hospital Universitário do Ceará - HUCE; Habilitação em UNACON do HRVJ e do HRSC; Projeto de Outubro a Outubro Rosa - Alinhamento com Superintendências para implantação de ações do projeto em suas Regiões de Saúde; Monitoramento da cobertura de mamografia.

Em conclusão, a redução da mortalidade prematura por câncer de mama no estado exige um esforço coordenado para superar as barreiras de acesso ao diagnóstico. A superação da meta atual não deve ser vista como um fracasso definitivo, mas como um alerta para a urgência de otimizar o fluxo entre o rastreamento e o início do tratamento oncológico. Com a continuidade das políticas de expansão da cobertura mamográfica e o foco na agilidade terapêutica, busca-se não apenas atingir

os indicadores pactuados para os próximos anos, mas, primordialmente, garantir o direito à saúde e à longevidade das mulheres cearenses.

Numerador: 535

Denominador: 2.432.334

Fator de multiplicação: 100.000

Obs.: Dados sujeitos a alteração, tendo em vista o delay nos Sistemas de Informação.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de busca ativa para que as mulheres realizem mamografias;</li> <li>- Sensibilizar as mulheres quanto a importância da realização do exame de mamografia de rastreamento;</li> <li>- Incentivar as mulheres a buscarem o resultado em tempo hábil;</li> <li>- Percentual ainda elevado de pacientes diagnosticados em estágios mais avançados (estadiamento tardio);</li> <li>- Necessidade de aumentar o acompanhamento de exames alterados;</li> <li>- Dificuldade ao acesso de consultas, exames e outros procedimentos diagnósticos e terapêuticos, no âmbito da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar.</li> <li>- Dificuldade na promoção de cursos voltados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), Referente a educação permanente dos Gestores e Profissionais de saúde.</li> </ul> |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotatividade de profissionais nas UBS;</li> <li>- Baixa cobertura de mamografia de rastreamento;</li> <li>- Busca ativa na Atenção primária à saúde das mulheres dentro da faixa etária preconizada pelo MS para mamografias de rastreamento;</li> <li>- Subnotificação dos Registros de mamografia no sistema oficial do Ministério da Saúde (MS), o SISCAN;</li> <li>- Insuficiência de serviços de média e alta complexidade em oncologia;</li> <li>- Insuficiência de serviços de referência em SDM</li> <li>- Acesso demorado a biópsias para a confirmação do câncer de mama;</li> <li>- Insuficiência de serviços de referência habilitados em SDM;</li> <li>- Insuficiência da educação continuada dos profissionais da atenção primária à saúde.</li> </ul>                                                     |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Levantamento de mamógrafos vinculados ao SUS no Estado do Ceará;</li> <li>- Monitoramento da cobertura de mamografia de rastreamento na população preconizada no Estado do Ceará;</li> <li>- Oficina de treinamento do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) nas Regiões de Saúde do Estado do Ceará.</li> <li>- Articulação para implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) no Estado do Ceará;</li> <li>- Oficina Regional do Projeto "De Outubro a Outubro Rosa" na Região de Saúde do Sertão Central;</li> <li>- Promoção de Webinários referente às temáticas do Câncer de Mama e Colo de Útero (De Outubro a Outubro Rosa);</li> <li>- Realização de visitas técnicas de monitoramento nas unidades de alta complexidade em Oncologia (UNACON/CACON);</li> </ul>          |

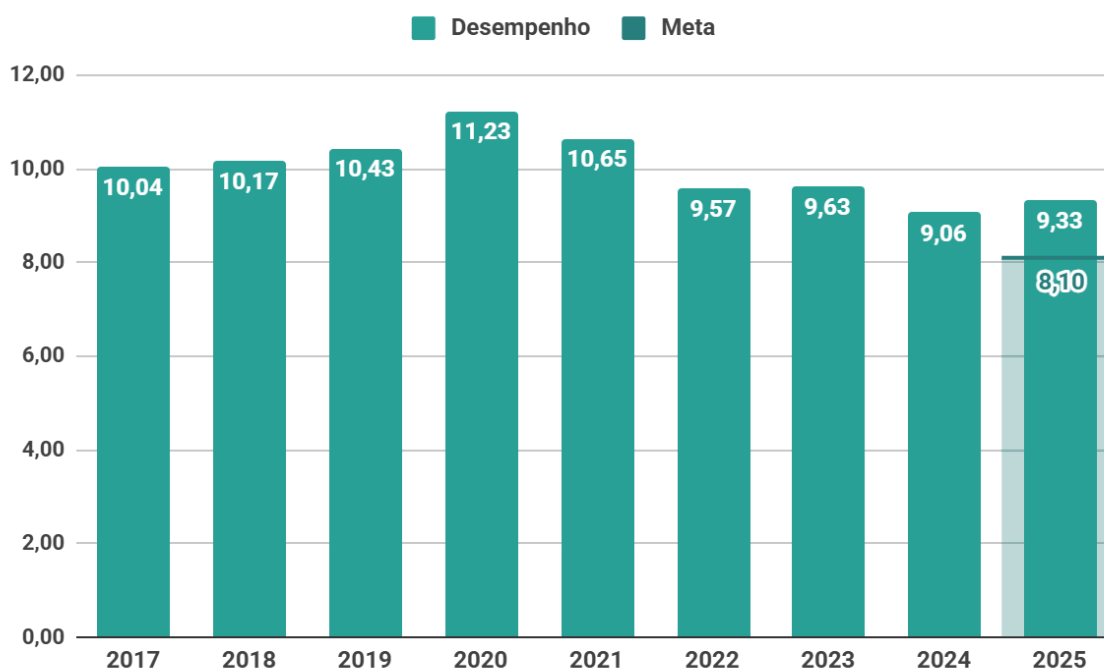


- Participações no Congresso do COSEMS e no Seminário da Vigilância Epidemiológica para divulgação da projeto “De Outubro a Outubro Rosa”;
- Programa de mensageria em parceria com a casa civil;
- Participação no Projeto de Abraços Abertos (Projeto para reorganização da Atenção Primária à Saúde) sob gestão da APS;
- Implantação do serviço de Oncologia CAC CRIO de Crateús e do Hospital Universitário do Ceará;
- Habilitação em UNACON do HRVJ e do HRSC.

**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                                                                | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do colo do útero | Quanto menor, melhor | CORAS | 8,10      | 9,33      | 84,81%     |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

A mortalidade prematura por câncer de colo do útero permanece como um dos desafios mais críticos da saúde pública no Ceará, ocupando a terceira posição entre as causas de óbito feminino. Embora o estado tenha registrado reduções históricas, os indicadores atuais de 9,33 revelam um distanciamento da meta projetada para 2025, que é de 8,10. Este cenário é agravado pela baixa

cobertura citopatológica e pelo número reduzido de estabelecimentos habilitados para diagnóstico e tratamento. Diante do atual patamar epidemiológico, torna-se imperativo acelerar a expansão da rede assistencial e otimizar as estratégias de rastreamento para reverter a tendência e cumprir os compromissos pactuados.

Para enfrentar esse cenário, o estado tem implementado diversas ações. Entre elas, destacam-se: Ações de Prevenção e Rastreamento: Alinhamento com o projeto "Mulheres do Brasil" para eliminação do câncer de colo do útero, Articulação para Implantação do teste molecular DNA-HPV e oficinas de treinamento do SISCAN; Articulação para Implantação do Super Centro de Diagnóstico; Realização de visitas técnicas e monitoramento em unidades de alta complexidade em oncologia (UNACON/CACON), além da abertura de novos serviços de oncologia como o Hospital Universitário do Ceará e do CAC CRIO de Crateús e a Habilitação em UNACON do HRVJ e do HRSC;

É fundamental que as ações sejam intensificadas, especialmente no fortalecimento da rede de serviços, para garantir a equidade de acesso à prevenção e tratamento e consolidar a tendência de redução da mortalidade.

Numerador: 227

Denominador: 2.432.334

Fator de multiplicação: 100.000

Obs.: Dados sujeitos a alteração, tendo em vista o delay nos Sistemas de Informação.

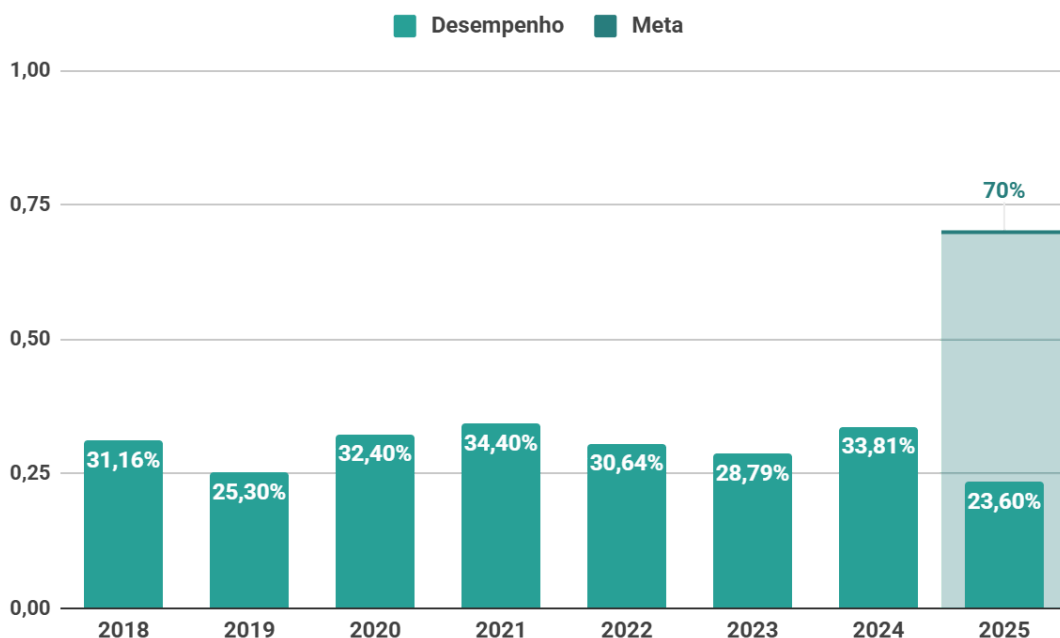
#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade ao acesso de consultas, exames e outros procedimentos diagnósticos e terapêuticos, no âmbito da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar.</li> <li>- Dificuldade na implementação do novo rastreio organizado de câncer de colo de útero e a implementação do novo teste molecular DNA/HPV no Estado do Ceará;</li> <li>- Fragilidades no processo de transição do modelo antigo para o novo rastreamento organizado do câncer do colo do útero (Teste Molecular DNA/HPV);</li> <li>- Busca ativa de mulheres para coleta de exames citopatológicos;</li> <li>- Sensibilizar as mulheres quanto a importância da realização do exame citopatológico;</li> <li>- Incentivar as mulheres a buscarem o resultado em tempo hábil;</li> <li>- Percentual ainda elevado de pacientes diagnosticados em estágios mais avançados (estadiamento tardio 3 e 4);</li> <li>- Necessidade de aumentar o acompanhamento de exames alterados;</li> <li>- Dificuldade ao acesso de consultas, exames e outros procedimentos diagnósticos e terapêuticos, no âmbito da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar;</li> <li>- Dificuldade na promoção de cursos voltados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), Referente a educação permanente dos Gestores e Profissionais de saúde.</li> </ul> |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotatividade de profissionais nas UBS;</li> <li>- Subnotificação dos Registros de exames citopatológicos no sistema oficial do Ministério da Saúde (MS), o SISCAN;</li> <li>- Insuficiência de capacitação das equipes de Saúde da Família (eSF) para a</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | <p>nova metodologia de coleta do teste molecular de detecção do DNA-HPV por PCR na APS, aliada às limitações de equipamentos e de infraestrutura laboratorial, aos desafios logísticos e na Programação Pactuada Integrada (PPI) dos serviços, bem como à baixa integração dos novos sistemas de informação, o que dificultou a operacionalização e a incorporação efetiva do referido teste no Estado do Ceará.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cobertura inadequada da coleta de exames citopatológicos;</li> <li>- Acesso demorado a biópsias para a confirmação do câncer de colo uterino;</li> <li>- Insuficiência da educação continuada dos profissionais da atenção primária à saúde;</li> <li>- Insuficiência de serviços de média e alta complexidade em oncologia;</li> <li>- Insuficiência de serviços de referência habilitados em SRC.</li> </ul>                                                                                                            |
| <b>AÇÕES</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulação para Implantação do teste molecular DNA-HPV para rastreamento do Câncer de Colo de útero;</li> <li>- Articulação para Implantação do Super Centro de Diagnóstico;</li> <li>- Participação como Representante Estadual das Oficinas de Planejamento do Detecta APS;</li> <li>- Alinhamento/Articulação/Suporte para Carretas Agora Tem Especialista na modalidade Saúde da Mulher;</li> <li>- Articulação no processo de habilitação de SRC Policlínica JUDITE CHAVES SARAIVA - LIMOEIRO DO NORTE;</li> <li>- Monitoramento das Policlínicas Regionais do Estado do Ceará habilitadas como SDM e SRC;</li> <li>- Participação do Workshop Jornada da Mulher (Rastreamento e Diagnóstico Precoce do Câncer do Colo do Útero) - Grupo das Mulheres do Brasil;</li> <li>- Implantação do serviço de Oncologia CAC CRIO de Crateús e do Hospital Universitário do Ceará;</li> <li>- Habilitação em UNACON do HRVJ e do HRSC.</li> </ul> |

**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                                                                                                | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de pacientes com câncer que iniciaram o tratamento no prazo de até 60 dias após o diagnóstico | Quanto maior, melhor | CORAS | 70,00%    | 23,60%    | 33,71%     |
| <b>Série Histórica</b>                                                                                   |                      |       |           |           |            |



### Análise de Desempenho

O monitoramento da agilidade no início do tratamento oncológico é um pilar central da gestão estadual para garantir a sobrevivência e a qualidade de vida dos pacientes. O indicador “Percentual de pacientes com câncer que iniciaram o tratamento no prazo de até 60 dias após o diagnóstico” permite avaliar a eficiência da rede assistencial em cumprir os prazos legais e assistenciais.

No ano de 2025, o Estado do Ceará apresentou um percentual de 23,6%, o que representa o cumprimento de 33,71% da meta pactuada (70%), observa-se ainda um número muito grande “sem informação de tratamento” no sistema oficial nacional. Embora este índice seja inferior à média brasileira, o volume elevado de dados ausentes compromete uma análise precisa do cenário real.

Esta discrepância deve-se, primordialmente, a desafios técnicos e operacionais do Painel de Oncologia nacional:

- Atraso no Faturamento: O registro do procedimento ocorre, em média, até três meses após sua realização, impossibilitando a extração de informações em tempo real.
- Sistemas de Informação: A limitação dos sistemas federais reforça a necessidade de cumprimento da Portaria GM/MS Nº 6.591/2025, que estabelece a responsabilidade do Ministério da Saúde em garantir a interoperabilidade e a disponibilidade de dados para o planejamento e controle.

Diante da insuficiência dos dados nacionais, a Secretaria da Saúde do Estado (SESA-CE) tem buscado alternativas para qualificar a gestão do cuidado:

1. Navegação e Monitoramento: Elaboração do Painel de Navegação do Paciente Oncológico desenvolvido para suprir as lacunas do sistema federal. No entanto, sua operacionalização encontra-se atualmente em fase de ajustes técnicos;
2. Cooperação Técnica (NavegaSUS): O Ceará participa ativamente do projeto “NavegaSUS: Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer no âmbito do SUS” (PROADI-SUS). O alinhamento deste projeto em Brasília visa trocar experiências de sucesso e fortalecer a cooperação técnica para identificar gargalos e qualificar o fluxo assistencial no território cearense.
3. Expansão da Rede de Alta Complexidade: O Estado investe na ampliação do acesso com a

abertura e habilitação de novos serviços, como o Hospital Universitário do Ceará, o CAC CRIO de Crateús, e as novas unidades em UNACON do HRVJ (Vale do Jaguaribe) e do HRSC (Sertão Central).

Apesar dos desafios operacionais que impactam os indicadores atuais, o fortalecimento da rede e a busca por sistemas de monitoramento em tempo real (como o NavegaSUS e o Painel de Navegação) são passos fundamentais. A urgência em superar esses entraves técnicos é necessária para garantir que a meta de 70% seja atingida, assegurando que o paciente oncológico cearense receba o tratamento adequado no tempo legalmente estabelecido.

Numerador: 4.195

Denominador: 17.744

Fator de multiplicação: 100

Obs: Dados sujeitos a alteração, tendo em vista o delay nos Sistemas de Informação.

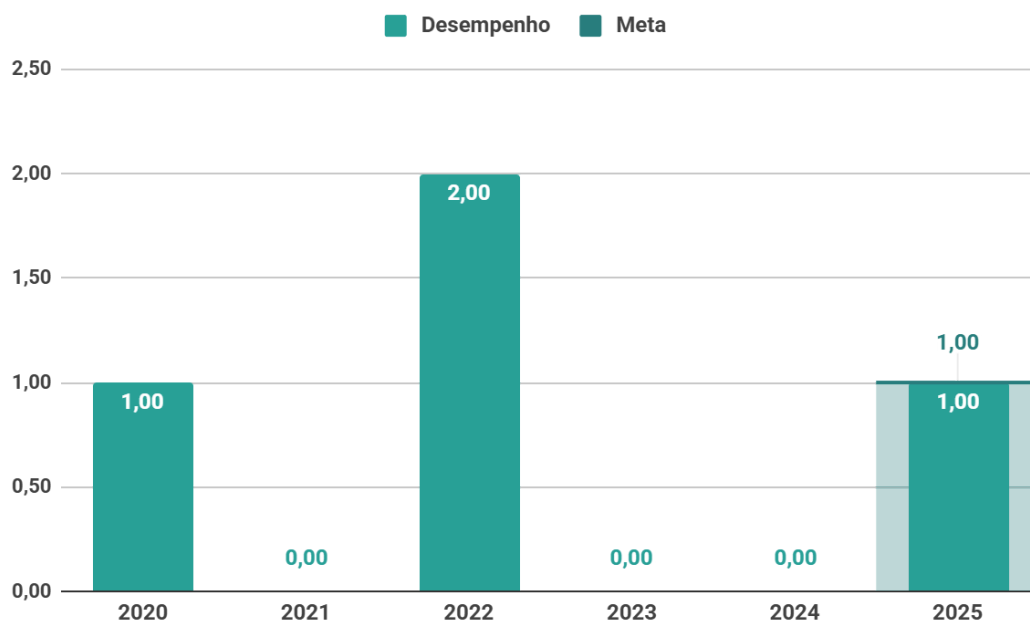
#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - O percentual de pacientes com câncer que iniciam o tratamento em até 60 dias após o diagnóstico não está sendo monitorado em tempo real, e o painel de navegação de pacientes encontra-se em construção.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>CAUSAS</b> | - Insuficiência de serviços de alta complexidade em oncologia;<br>- Falta de interoperabilidade entre os sistemas de saúde (estaduais e federais);<br>- Inexistência de um sistema de informação que permita o rastreamento imediato da jornada do paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>AÇÕES</b>  | - Articulação para implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) no Estado do Ceará;<br>- Articulação para habilitação do serviço de Oncologia Hospital Universitário do Ceará (HUC);<br>- Reuniões de Monitoramento de Unidades de Saúde de Alta Complexidade em Oncologia UNACON/CACON (Instituto do Câncer do Ceará - ICC e o Hospital Regional Vale do Jaguaribe - HRVJ);<br>- Participação do projeto "NavegaSUS: Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde" no âmbito do PROADI-SUS, realizado em Brasília: O Seminário de Abertura do Projeto tem como objetivo apresentar e alinhar o projeto NavegaSUS, contextualizando-o a partir do cenário epidemiológico oncológico nacional, promovendo a sensibilização dos territórios e a identificação de experiências de navegação do cuidado oncológico. O encontro visa reunir atores estratégicos da rede para fortalecer a cooperação técnica e qualificar a atenção oncológica no SUS. |

**Meta 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. (Und.)

| Indicador                     | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Unidade hospitalar implantada | Quanto maior, melhor | SEADE | 1         | 1         | 100,00%    |

### Série Histórica



### Análise de Desempenho

Em 19 de março de 2025, foi inaugurado o Hospital Universitário do Ceará (HUC), configurando-se como uma das maiores estruturas hospitalares públicas do Brasil e marco estratégico para o fortalecimento da rede assistencial estadual.

A unidade conta com área construída de 78,6 mil m<sup>2</sup>, distribuída em três torres (Clínica, Cirúrgica e Materno-Infantil), com sete pavimentos, e encerrou o ano de 2025 com 498 leitos entre as especialidades (Cirurgia Geral Gastroenterologia, Ginecologia, Nefrologia, Oncologia clínica e cirúrgica, Ortopedia e traumatologia, Cardiologia, Clínica Geral, Hematologia, Neurologia, Pneumologia, pediatria clínica, obstetrícia clínica e cirúrgica). A estrutura contempla leitos de enfermaria, leitos de UTI (adulto e neonatal), 14 salas cirúrgicas, 51 consultórios ambulatoriais, 31 leitos de Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), sendo 24 da cirurgia geral e 7 no centro cirúrgico obstétrico, 15 leitos de Unidade de Internação Breve (UIB) Adulto e 15 leitos de UIB da Obstetrícia, Centro de quimioterapia com 20 poltronas, 02 leitos na sala vermelha da emergência e Casa da Gestante com 10 leitos. (Fonte: ARS Vitae-ISGH).

Importante ressaltar que no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES consta o registro de 460 leitos dentre as especialidades e tipos de leitos supracitados - Fonte CNES.

O HUC amplia significativamente a capacidade assistencial da Rede SESA, oferecendo serviços especializados de média e alta complexidade, como Cirurgia Vascular, Urologia, Hematologia, Oncologia Clínica e Cirúrgica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Obstetrícia.

A implantação do HUC consolida importante avanço no cumprimento da meta estabelecida no PPA 2025-2027, fortalecendo a regionalização da assistência, ampliando o acesso da população a serviços qualificados e integrando assistência, ensino e pesquisa no âmbito do Sistema Único de Saúde no Ceará.

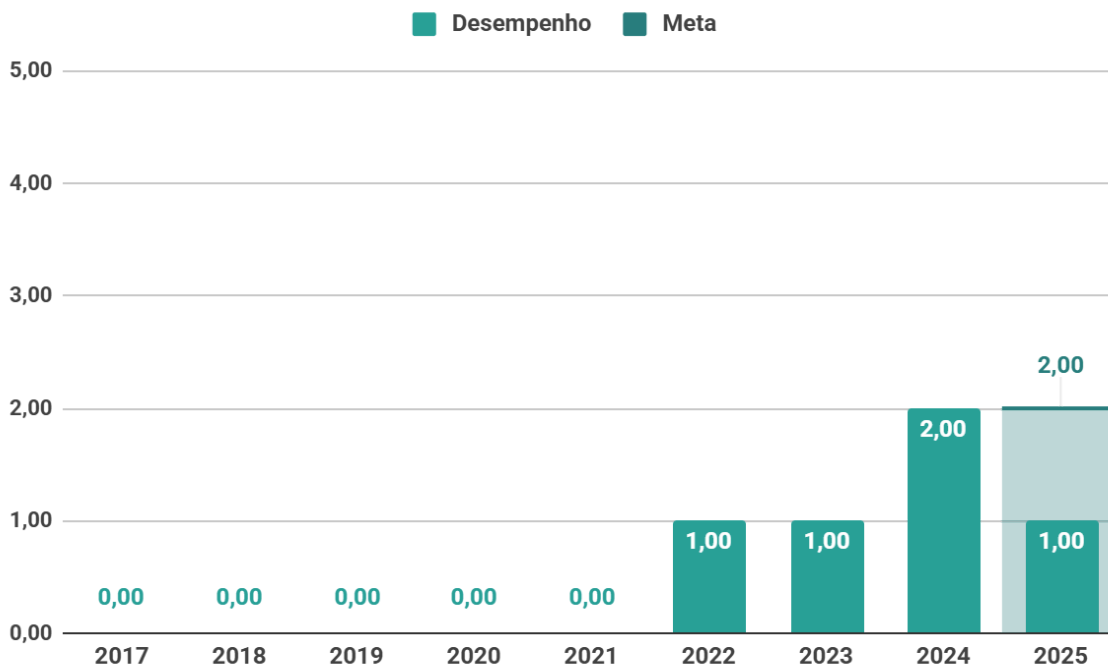
### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em 19/03/2025 foi inaugurado o Hospital Universitário do Ceará (HUC), com 78,6 mil m<sup>2</sup> de área construída, 498 leitos ativos, entre leitos de UTI (adulto e neonatal), salas cirúrgicas e ampliação da oferta de serviços de média e alta complexidade.</li> <li>- A entrega representa o cumprimento parcial da meta do PPA 2025-2027 referente à implantação de 3 unidades hospitalares até 2027.</li> <li>- Ressalta-se que o HUC segue em processo contínuo de ampliação e consolidação dos serviços assistenciais, com ativação progressiva de novos leitos, especialidades e fluxos regulatórios, ampliando gradativamente sua capacidade operacional e impacto regional.</li> </ul> |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de expansão da rede hospitalar estadual para reduzir vazios assistenciais;</li> <li>- Existência de demandas reprimidas em serviços de média e alta complexidade;</li> <li>- Alinhamento com as metas de investimento estruturante previstas no PPA 2024-2027.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investimentos estruturantes previstos no PPA voltados ao fortalecimento da assistência de média e alta complexidade;</li> <li>- Execução do planejamento estratégico para a construção e entrega da unidade;</li> <li>- Implementação do modelo de ativação escalonada de serviços e leitos;</li> <li>- Contratação e alocação de recursos humanos e tecnológicos para a operação da unidade.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

**Meta 1.1.9:** Fortalecer e ampliar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência implantando 08 Centros Especializados em Reabilitação até 2027. (Unid.)

| Indicador                                                 | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-----------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Número de Centro Especializado em Reabilitação Implantado | Quanto maior, melhor | CORAS | 2         | 1         | 50,00%     |
| <b>Série Histórica</b>                                    |                      |       |           |           |            |





### Análise de Desempenho

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) são pontos de atenção ambulatorial voltados para a reabilitação especializada. O objetivo desses centros é realizar diagnósticos, avaliações, orientações, estimulação precoce e atendimentos especializados. Além disso, eles fornecem, adaptam e fazem a manutenção de tecnologias assistivas, servindo como referência para a rede de atenção à pessoa com deficiência em todo o território.

Os CERs visam oferecer habilitação e reabilitação, contribuindo para que essas pessoas desempenhem suas funções e atividades diárias com mais independência. Eles também oferecem apoio à família, garantindo uma convivência harmoniosa entre a pessoa com deficiência e seu núcleo familiar.

Em 2025, tivemos um CER habilitado na Policlínica de Campos Sales, alcançando 50% da meta pactuada.

O Estado tem realizado diversas ações para promover a inclusão social da pessoa com deficiência. Dentre elas, destacam-se: A realização de um Curso Básico de Assistência à Pessoa com Deficiência (PCD) na Atenção Primária de Saúde (APS), em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará, destinado a profissionais do Litoral Leste; o monitoramento e assessoramento das propostas de habilitação no Novo Pacto; o acompanhamento das portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, referentes à área da Pessoa com Deficiência; a realização de visitas técnicas de monitoramento aos Centros Especializados de Reabilitação (CER) e aos Núcleos de Estimulação Precoce (NEP); o monitoramento diário das propostas estaduais do plano "Viver sem Limite" nos sistemas SISMOB/SAIPS.

As habilitações desses centros são fundamentais para a inclusão social e o atendimento especializado. Elas ampliam o acesso a serviços de reabilitação essenciais, permitindo que mais pessoas com deficiência recebam o cuidado necessário para desenvolver autonomia e participar plenamente da sociedade.

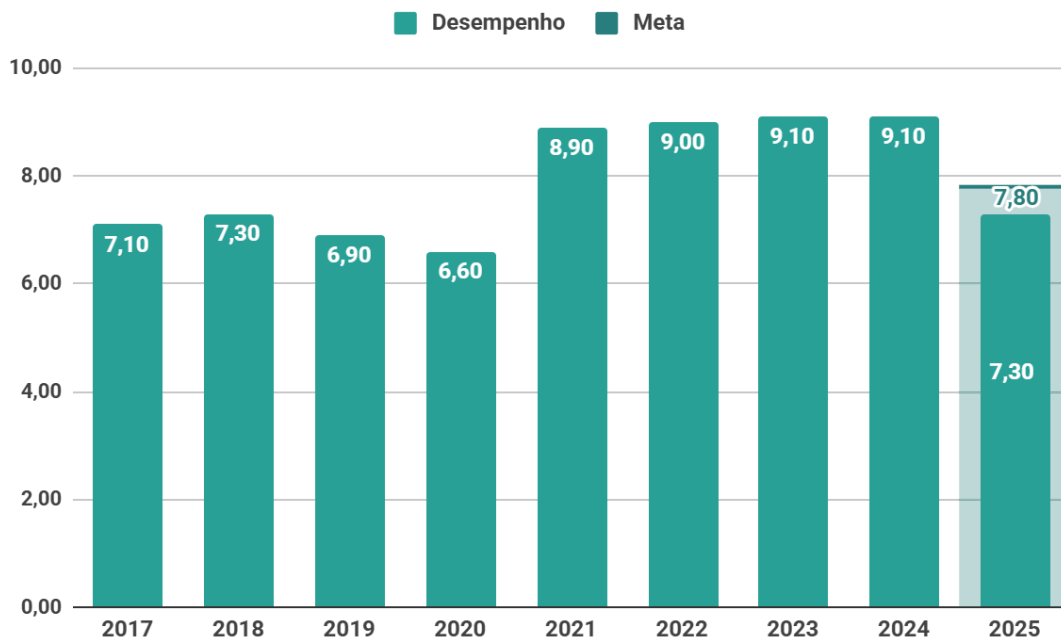
### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Baixo índice de habilitação de novos serviços de saúde (Policlínicas) junto ao Ministério da Saúde.                                                                                                                                                                                                         |
| <b>CAUSAS</b> | - Indisponibilidade do sistema SAIPS para atualização de Portarias e Normas Técnicas pelo Ministério da Saúde;<br>- Falta de interesse da gestão local em instanciar o processo;<br>- Dificuldade de adequação de espaço físico nas Policlínicas atendendo aos requisitos mínimos de espaço para habilitação. |
| <b>AÇÕES</b>  | - Acompanhamento técnico junto às Regiões de Saúde para o cumprimento de diligências pendentes junto ao Ministério da Saúde;<br>- Articulação institucional com o Ministério da Saúde para celeridade na análise de habilitação das solicitações no SAIPS.                                                    |

**Meta 1.1.10:** Reduzir a taxa de mortalidade por suicídio passando de 8,9 em 2021 para 7,3 até 2027. (%)

| Indicador                                                     | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Taxa de mortalidade específica por causas externas (suicídio) | Quanto menor, melhor | COPOM | 7,80      | 7,30      | 106,41%    |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

Em 2025, foram registrados 673 óbitos por suicídio no Ceará, correspondentes a lesões autoprovocadas intencionalmente, conforme classificação da CID-10 (X60-X84). A taxa de

mortalidade foi de 7,3 óbitos por 100 mil habitantes, calculada com base na população estimada de 9.233.656 habitantes. Observa-se que a mortalidade por suicídio permanece em patamar elevado, mantendo tendência de estabilidade nos últimos anos, após crescimento observado a partir de 2020.

Ao longo da série histórica, verifica-se incremento dos óbitos por suicídio entre 2020 e 2024, com discreta redução em 2025. A quase totalidade dos registros corresponde a lesões autoprovocadas intencionalmente, evidenciando consistência na definição da causa básica do óbito, não se tratando de categorias distintas, mas de diferentes denominações para o mesmo evento no âmbito da classificação internacional de doenças.

Os dados utilizados para o cálculo foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Ressalta-se que o ano de 2025 ainda se encontra em processo de consolidação, estando sujeito a revisões e atualizações até o terceiro trimestre de 2026, podendo ocorrer ajustes nos resultados apresentados. O curso de manejo da autolesão, prevenção do suicídio e posvenção alcançou as 05 regiões de saúde, contemplando 659 profissionais da rede de atenção à saúde, sobretudo da rede de atenção psicossocial e proteção social. Paralelamente a Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental através da sua assessoria técnica, dialogou com os apoiadores institucionais, durante o ano de 2025, ministrando orientações metodológicas para a construção dos Planos Municipais de Prevenção da Autolesão e do Suicídio (2026-2029). Ainda no ano de 2025 foi ministrado um ciclo de debates nas regiões de saúde, focando nas ações de prevenção da autolesão, suicídio e posvenção, de setembro a setembro com o objetivo de romper com o silêncio e desconstruir as ações pontuais e isoladas.

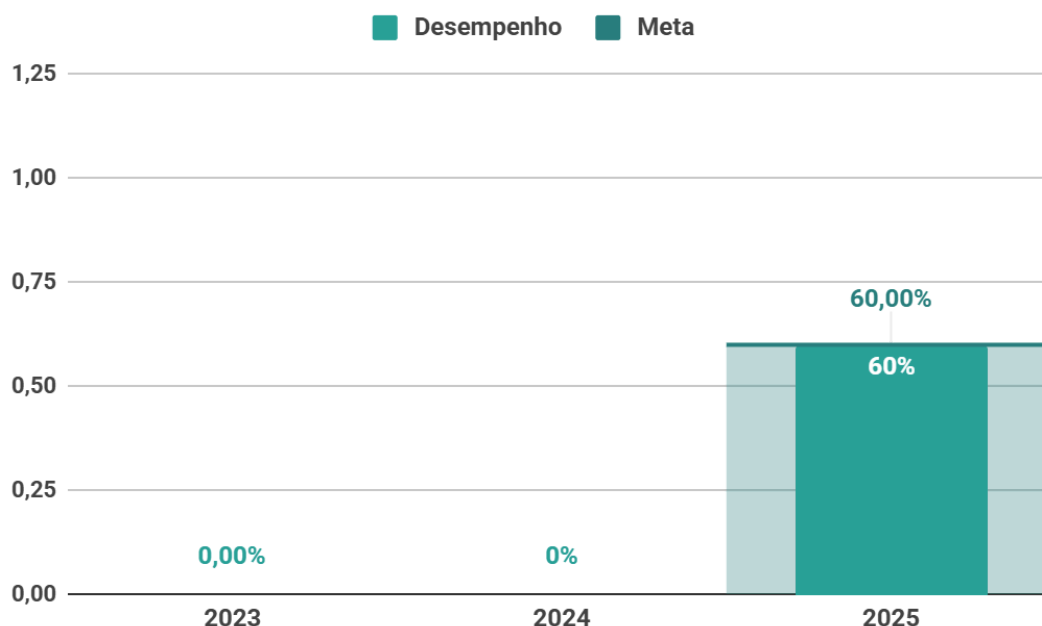
#### **Análise Fato-Causa-Ação (FCA)**

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Lançamento do Boletim Epidemiológico atualizado (ano 2024) em ampla divulgação nas regiões de saúde através dos apoiadores institucionais e mobilização dos grupos de trabalho intersetoriais dos municípios, condutores do processo de construção dos planos municipais. Realização de um webnário com a SR Norte para alinhamento metodológico da construção do contexto epidemiológico, com ênfase nas notificações de autolesões e mortalidade por suicídio. Realização de webinários com os GTIS para subsidiar a construção dos planos municipais, através das recomendações técnicas.                                                                                                                                                                                                |
| <b>CAUSAS</b> | - O fenômeno do suicídio é multifatorial atravessado pelos determinantes sociais e requer cotidianamente ações de promoção e prevenção intersetorial que dialoguem com as especificidades regionais e com os marcadores de gênero, raça, etnia, faixa etária, classe, escolaridade, orientação sexual e identidade de gênero. Insuficiência de notificações de autolesões e registros da taxa de mortalidade por suicídio, nas populações quilombolas, indígenas e LGBTQIAPN+                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>AÇÕES</b>  | - Realização dos processos formativos focados na realização do curso de manejo da autolesão, prevenção e posvenção ao suicídio, crise em saúde mental: urgência e emergência e movimenta saúde mental na atenção primária em parceria com a ESP, alcançando às 05 regiões de saúde e 1.823 profissionais da rede de atenção psicossocial, atenção a saúde e proteção social, com o objetivo de qualificar as práticas do cuidado em saúde mental e fortalecer a educação permanente nos municípios. Realização de webinários com as regiões de saúde para fins de acompanhamento do processo de construção dos planos municipais, considerando os cenários dos processos participativos desenvolvidos nos territórios, culminando na escrita coletiva das versões iniciais e finais do Plano. |

**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                                                                             | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de Serviços de Saúde Mental da RAPS com Projetos Institucionais Formulados | Quanto maior, melhor | COPOM | 60,00%    | 60,00%    | 100,00%    |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

O Projeto Terapêutico Institucional – PTI é um documento produzido pela equipe dos CAPS que explicita o “modo de fazer” do serviço. Nele estão contidos o resultado de um amplo processo de discussão e idealização pela equipe de suas ações, objetivos, metodologias e propostas que são voltados ao cuidado integral da pessoa em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e com as características, necessidades e o contexto de vida dos usuários do serviço. O PTI direciona as definições da política para a implementação da oferta de atenção psicossocial nos municípios, configurando-se como “importante referência de planejamento e gestão da política de saúde mental nos municípios” (JARDIM, 2009, p. 242). Além de se apresentar enquanto metodologia de análise da realidade de saúde de uma população, e de orientar a ação das equipes de saúde mental, o PTI pode subsidiar a análise da política de saúde mental. Dessa forma, a produção do “Caderno para Construção dos Projetos Terapêuticos Institucionais na RAPS”, ao ser finalizada focou no processo de

educação das equipes para a produção dos PTI dos serviços CAPS e consequente qualificação dos serviços ofertados no sentido de uma clínica ampliada e integral. Durante o ano de 2025, a partir das oficinas realizadas e visitas aos serviços, fortalecendo o diálogo com as equipes foi possível o alcance da meta em 100% do redesenho dos PTIS, considerando as especificidades regionais das 05 regiões de saúde. Para a fórmula de cálculo enfatizamos que na rede de atenção psicossocial foram formulados 111 Projetos Técnicos Institucionais (numerador), considerando a capacidade instalada de 185 Centros de Atenção Psicossocial nas suas três modalidades (Caps Geral, Caps AD, Caps I) (denominador), x 100, totaliza 60% de projetos formulados no ano de 2025 correspondendo a 100% do percentual do desempenho acumulado.

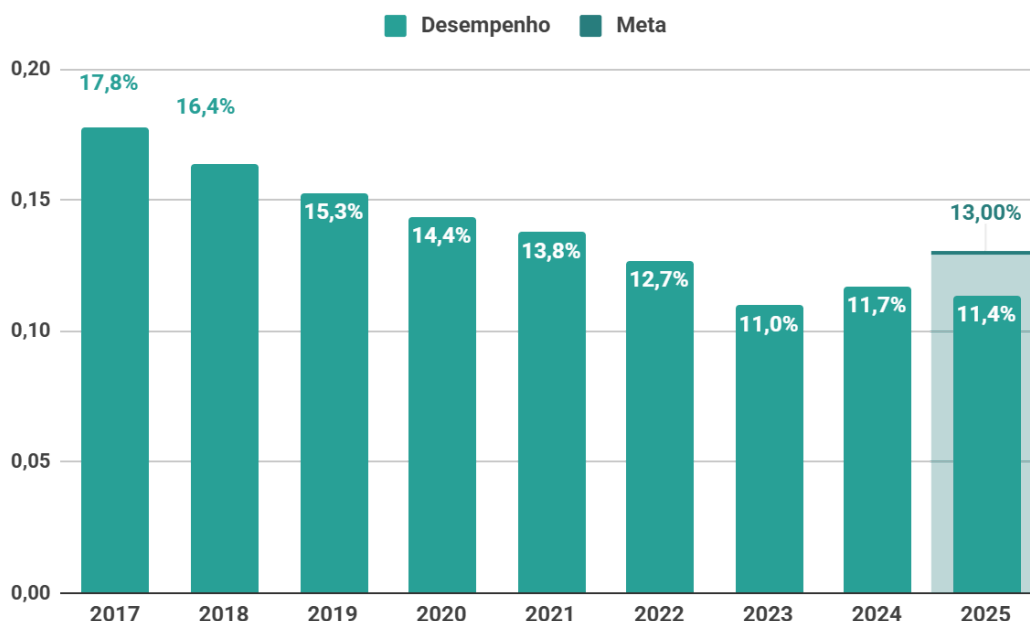
### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Realização de webinários com os apoiadores institucionais e as equipes dos Caps para acompanhar o percurso de construção dos PTIS; realização de visitas técnicas para fins de apropriação do cotidiano dos serviços, bem como do conhecimento das fragilidades do trabalho em rede, e do contexto social, econômico, cultural e político do território regional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>CAUSAS</b> | - Tensionamentos gerados por embates locais de forças políticas, gerando rotatividade de coordenação dos serviços; Insuficiência de processos formativos no campo da saúde mental, com ênfase na construção dos Projetos terapêuticos institucionais. Equipes sobrecarregadas pela insuficiência de profissionais nos serviços; Vazios assistenciais pela baixa cobertura de Caps habilitados; Modelo de atenção centrado na queixa conduzida, ainda distante do diálogo com as potencialidades do território.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>AÇÕES</b>  | - Após a elaboração da apresentação com a síntese das orientações dispostas no “Caderno para Construção dos Projetos Terapêuticos Institucionais (PTI)”, iniciamos a realização das oficinas de alinhamento conceitual para a construção do PTI em formato de webinários. A exposição busca dialogar com os participantes trazendo exemplos concretos da experiência dos serviços CAPS, como também possibilita compartilhamentos de vivências do trabalho no cotidiano dos serviços, bem como o aprofundamento do conteúdo trazido pelo caderno, que consiste nas seguintes temáticas : “Princípios e diretrizes na construção do PTI”, onde são apresentados os princípios estruturantes da Reforma Psiquiátrica e da clínica psicossocial e seu atravessamento com a Política de Humanização, Redução de Danos e Atenção primária em saúde; “Processo de Construção e Estruturação do PTI”, ou seja, um passo a passo que orienta o processo que as equipes devem percorrer para a construção do PTI e, além disso, esclarece a necessidade de oferecer cuidado para as populações vulneráveis e singulares, seguindo a lógica da equidade do SUS; “Intersetorialidade e Cogestão do Cuidado em Rede” são apresentadas as recomendações para articulação intersetorial entre CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e as Unidades de Acolhimento (UA), visando a produção de sinergia que potencialize a execução dos PTIS construídos em conjunto e, consequentemente, da inserção social dos usuários. |

**Meta 1.1.12:** Reduzir a proporção de gravidez na adolescência, passando de 13,80% em 2021 para 12,20% até 2027. (%)

| Indicador                                        | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|--------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes | Quanto menor, melhor | COAPS | 13,00%    | 11,39%    | 112,38%    |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

O indicador de proporção de nascidos vivos de mães adolescentes cresceu ao final do período avaliado, uma vez que os dados foram acumulados de janeiro a dezembro.

O número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos em 2025 foi de 11.624, enquanto o número de nascidos vivos total no mesmo período foi de 102.112 (resultado preliminar sujeito a alterações na base de dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC). O resultado alcançado neste quadrimestre foi de 11,39%, ficando bem abaixo da meta (13,00%) estabelecida para o ano, cuja polaridade é quanto menor melhor.

As principais ações que contribuem para desempenho deste indicador no âmbito da atenção primária são:

- Ressalta-se que o Estado teve adesão dos 184 municípios ao Ciclo 2025/2026 do PSE. A temática "Saúde Sexual e Reprodutiva" está elencada como prioritária entre as 14 propostas para o ciclo 202/2026 do Programa, buscando alcançar o público adolescente. A Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde realiza de forma sistemática webinários para as 05 regiões de saúde com abordagem da temática por especialista, além do monitoramento das atividades coletivas. No período de janeiro a dezembro de 2025 foram realizadas, por meio

do PSE, 2.622 atividades coletivas com a temática "saúde sexual e reprodutiva" contemplando um total de 48.045 adolescentes.

- O "Projeto Braços Abertos: atenção desde o primeiro cuidado" por meio de seus três eixos de atuação vem desenvolvendo ações de educação permanente para profissionais da atenção primária, além de estratégias de organização e qualificação dos processos de trabalho da APS no escopo da planificação da atenção à saúde. O estabelecimento da meta mobilizadora "redução da mortalidade infantil" também contribui com o aperfeiçoamento da assistência materno infantil, incluindo o planejamento reprodutivo e desenvolvimento de ações de prevenção da gravidez na adolescência.
- Com o objetivo de fortalecer a Saúde Sexual e a Saúde Reprodutiva de adolescentes e mulheres, o Ministério da Saúde realizou, no dia 13 de novembro de 2025, a Oficina de Qualificação para Implementação do Implante Contraceptivo. A iniciativa teve como finalidade ampliar os direitos sexuais e reprodutivos e garantir a autonomia das usuárias.
- Após a realização da Oficina, foram distribuídos 21.148 implantes subdérmicos contraceptivos, conforme cronograma de distribuição pactuado na Programação Pactuada Integrada (PPI), executado no período de 24 de novembro a 12 de dezembro de 2025.

Na 1ª Fase da Implantação do Implante Subdérmico Contraceptivo no estado do Ceará, foram selecionados 38 municípios que atendem ao critério populacional igual ou superior a 50.000 habitantes.

O início da oferta do implante subdérmico contraceptivo de etonogestrel nas Unidades Básicas de Saúde, está programado para fevereiro de 2026 com procedimentos realizados por profissionais médicos e enfermeiros devidamente habilitados, em conformidade com as diretrizes legais e normativas técnico-científicas vigentes.

- Atualização do Painel da POPNEGRA (Mortalidade Infantil): A CEPOP juntamente com APS, busca cruzar essas informações a fim de identificar territórios com maior risco, planejar ações de prevenção da gravidez não planejada, fortalecer o pré-natal de alto risco e ampliar estratégias de educação em saúde.

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Elevado número de adolescentes grávidas ocasionando maior risco gestacional e, conseqüentemente maior risco de mortalidade materna e infantil. Além dos problemas socioeconômicos decorrentes deste evento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>CAUSAS</b> | - A gravidez na adolescência tem componentes multifatoriais que envolvem aspectos relacionados ao acesso à saúde, à educação, à proteção social, entre outros. Ela está em queda e mostra a problemática do estupro de vulneráveis com gestantes de 10 a 14 anos ainda parindo no Ceará.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar o indicador "Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes" por regiões de saúde e municípios.</li> <li>- Monitorar o registro de atividades coletivas no âmbito do PSE voltadas à educação sexual e reprodutiva.</li> <li>- Apoiar as regiões de saúde no fortalecimento do Programa Saúde na Escola - PSE nos municípios.</li> <li>- Realizar webinários para qualificação dos dados do PSE.</li> <li>- Monitorar o número de consultas de pré-natal realizadas nas gestantes adolescentes.</li> <li>- Monitorar as causas de óbitos nessa faixa etária.</li> <li>- Atuar em parceria com o Ministério da Saúde na qualificação de</li> </ul> |

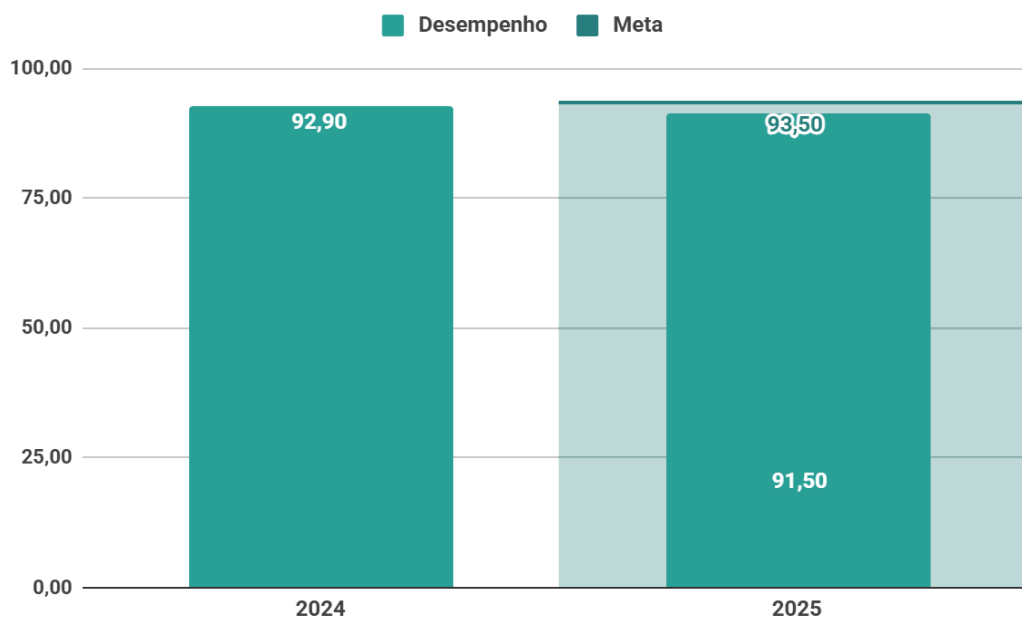
multiplicadores estaduais para inserção do Implanon.

- Desenvolver as oficinas da planificação da atenção à saúde com o eixo do Projeto de Braços Abertos, com o objetivo de qualificar os processos de trabalho da APS promovendo integração com a AEE.

**Meta 1.1.13:** Reduzir a taxa de mortalidade por causas externas, por 100.000 habitantes. (%)

| Indicador                                                       | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Taxa de mortalidade por causas externas, por 100.000 habitantes | Quanto menor, melhor | COVEP | 93,50 %   | 91,50%    | 102,14%    |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

O indicador de mortalidade por causas externas tem como objetivo mensurar a magnitude dos óbitos decorrentes de acidentes e violências na população, permitindo o monitoramento da situação epidemiológica, a identificação de tendências temporais e o direcionamento de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde. O resultado esperado é a redução sustentada da mortalidade por causas externas, com qualificação da informação e fortalecimento das ações intersetoriais de prevenção.

Em 2025, foram registrados 8.448 óbitos por causas externas no Ceará, resultando em uma taxa de mortalidade de 91,5 óbitos por 100 mil habitantes, calculada com base na população estimada de 9.233.656 habitantes. Observa-se a manutenção da taxa em patamar elevado nos últimos anos, com discreta redução em relação a 2024 (2020: 95,4/100 mil; 2024: 97,9/100 mil; 2025: 91,5/100 mil). Ao



longo da série histórica, verifica-se importante elevação da mortalidade por causas externas até 2017, seguida de oscilações nos anos subsequentes. Após a redução observada em 2019, o indicador voltou a apresentar crescimento a partir de 2020, mantendo-se em níveis elevados até 2024, com nova redução em 2025. Os homicídios permanecem como o principal componente das causas externas, seguidos pelos acidentes, com destaque para os acidentes de transporte terrestre, e pelos suicídios. Ressalta-se o elevado número de óbitos classificados como causas externas de intenção indeterminada (1.578 registros), o que impacta a qualidade da informação e pode subestimar causas específicas, especialmente homicídios e acidentes de transporte terrestre. Na análise comparativa da série histórica com o dado mais recente consolidado, observa-se que a taxa de mortalidade por causas externas em 2024 (97,9 óbitos por 100 mil habitantes) permanece acima do patamar observado no início da série, em 2010 (82,5/100 mil), representando aumento de aproximadamente 18,7% no período. O pico da série ocorreu em 2017 (109,9/100 mil), seguido de redução em 2019 (75,5/100 mil) e novo crescimento a partir de 2020. Em 2024, o indicador manteve-se em nível elevado, superando os valores registrados entre 2021 e 2023, o que reforça a persistência do problema como importante causa de mortalidade no estado. Os dados utilizados para o cálculo foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), considerando óbitos por causas externas classificados nos códigos CID-10 V01-Y98. Destaca-se que o ano de 2025 ainda se encontra em processo de consolidação, estando sujeito a revisões e atualizações até o terceiro trimestre de 2026, podendo ocorrer ajustes nos resultados apresentados.

No âmbito da vigilância em saúde, destacam-se como ações realizadas para o monitoramento e qualificação do indicador a elaboração e divulgação de boletins epidemiológicos temáticos, com foco na mortalidade por acidentes de transporte, violência contra a mulher, suicídio e homicídios; a realização do Curso de Causas Externas, voltado à qualificação dos registros e análises dos óbitos; bem como a condução de oficinas in loco sobre violência interpessoal e autoprovocada, direcionadas às equipes municipais. Soma-se a isso a emissão de orientações técnicas, o monitoramento sistemático dos eventos, a realização de reuniões técnicas e a elaboração de planos temáticos em parceria com outras áreas, contribuindo para o aprimoramento da qualidade da informação e para o fortalecimento da vigilância das causas externas no território.

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em 2025, o Ceará registrou 8.448 óbitos por causas externas, com taxa de 91,5 óbitos por 100 mil habitantes.</li> <li>- A mortalidade por causas externas permanece em patamar elevado, apesar da redução em relação a 2024.</li> <li>- Os homicídios seguem como principal componente, seguidos pelos acidentes, especialmente os de transporte terrestre, e pelos suicídios.</li> <li>- Persistência de elevado número de óbitos por causas externas de intenção indeterminada (1.578 registros), impactando a qualidade da informação.</li> </ul> |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta incidência de violências letais, com predominância de homicídios.</li> <li>- Manutenção de níveis elevados de acidentes de transporte terrestre.</li> <li>- Fragilidades na investigação e qualificação da causa básica de óbito.</li> <li>- Sub-registro e atrasos na notificação de violências em alguns municípios.</li> <li>- Necessidade de maior articulação intersetorial para ações de prevenção.</li> </ul>                                                                                                                            |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de Cursos Básicos de Vigilância das Causas Externas nas regiões Norte e Fortaleza.</li> <li>- Condução de ciclo de apresentações sobre violência contra a mulher</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

(mês de março).

- Realização de oficina Tabwin para qualificação das notificações de violência.
- Promoção de webinar do Maio Amarelo sobre mortalidade por lesões de trânsito.
- Atuação na missão de acolhimento aos brasileiros retornados dos EUA.
- Implantação e funcionamento de comitês intersetoriais, incluindo:
  - Comitê de Investigação das Mortes por Causas Indeterminadas.
  - Comitê Gestor de Dados de Mortalidade no Trânsito.
  - Comitê de Investigação de Violências e Crimes Sexuais contra crianças e adolescentes.
- Produção de boletins epidemiológicos e planos estaduais, incluindo:
  - Boletim de mortalidade por suicídio.
  - Boletim de mortalidade por homicídios.
- Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio 2025-2027.
- Participação em fóruns, oficinas e seminários de vigilância em saúde, cursos de codificação de óbitos e análises em DANT.

## Desempenho das Entregas

| Entrega                      | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Rede de Saúde Mantida        | SEADE | 5         | 5         | 100%       |
| <b>Análise de Desempenho</b> |       |           |           |            |

No período de janeiro a dezembro de 2025, foram mantidas as cinco Redes de Atenção à Saúde, bem como promovida a expansão de três redes, ampliando a organização e a capacidade de resposta da assistência no âmbito do sistema de 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 o cuidado à 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.

#### **Manutenção das cinco Redes de Atenção à Saúde (RAS)**

Materno-Infantil (Alyne), Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, representa uma estratégia estruturante para garantir a integralidade do cuidado em todo o Estado, de forma regionalizada e integrada. Há necessidade de intensificar o acompanhamento de indicadores regionais, reforçar a integração entre níveis de atenção e ampliar a capilaridade dos serviços especializados, garantindo maior equidade no acesso e integralidade do cuidado.

O desempenho observado indica avanços na continuidade das ações e na integração entre os serviços, favorecendo maior capilaridade e fortalecimento da rede de apoio aos municípios. Evidencia manutenção e fortalecimento das RAS, mas com resultados heterogêneos entre redes e regiões. Mesmo com esta entrega apresentando um resultado satisfatório, ainda existe a necessidade de intensificar o acompanhamento de indicadores regionais, reforçar a integração entre níveis de atenção e ampliar a capilaridade dos serviços especializados, garantindo maior equidade no acesso e integralidade do cuidado.

#### **Expansão das três Rede de Atenção à Saúde (RAS)**

**Rede das Doenças Crônicas:** abertura do serviço de Oncologia no Hospital Universitário do Ceará - HUC e no CAC Crio de Crateús. Habilitação do serviço de Alta complexidade em Oncologia no Hospital Regional do Sertão Central (Quixeramobim) e Vale do Jaguaribe (Limoeiro do Norte);

**Rede de Atenção Psicossocial:** Habilitação de CAPS I em Croata, Massapê, CAPS II em Itaitinga;

**Rede de Urgência e Emergência:** Habilitação de 10 leitos de UTI II ADULTO no Hospital de Traumatologia de Acaraú e Habilitação de alta complexidade em Traumato-Ortopedia do Hospital Regional do Sertão Central.

| Entrega          | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Hospital Mantido | SEADE | 151       | 150       | 99%        |

#### Análise de Desempenho

Unidades Hospitalares consiste em um estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa. No período de janeiro a dezembro foram mantidas as 13 unidades hospitalares da rede Sesa (HSM, HGF, HGCC, HSJ, HIAS, HGWA, HRC, HRN, HRS, HRSC, HRVJ, HELV e HUC), bem como a Transferência de recurso do Estado ao fundo municipal através da Política de Incentivo Hospitalar à oferta dos serviços dos 44 Hospitais Polo, 30 Hospitais Estratégico e 63 Hospitais de Pequeno Porte. Realizadas 4.973.981 consultas de profissionais de nível superior na atenção especializada, sendo 1.138.461 nas unidades hospitalares rede SESA, 694.199 nos Hospitais Estratégicos (HE), 1.396.801 nos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e 1.744.520 nos Hospitais Polo (HP), dados de janeiro a dezembro, sujeito a alteração).

As Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) dos Estabelecimentos foram 435.485, sendo 130.261 nas unidades hospitalares rede SESA, Estratégicos-HE foram de 45.653, Hospitais de Pequeno Porte-HPP foram de 15.964 e nos Hospitais Polo-HP foram de 243.607.

| Entrega            | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|--------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Hemocentro Mantido | SEADE | 5         | 5         | 100%       |

#### Análise de Desempenho

O Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará é uma instituição de natureza pública com destaque no campo da Hemoterapia e Hematologia, com a finalidade de fornecer assistência e suporte hemoterápico e hematológico à rede de serviços de saúde, cujo objetivo é assegurar a oferta de sangue e hemocomponentes seguros e de alta qualidade para suprir a necessidade de transfusões de pacientes.

A entrega consiste em manter o Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará e os Hemoces Regionais em pleno funcionamento, oferecendo, entre outros serviços, a captação de doadores voluntários de sangue, a coleta de sangue e plaquetas para transfusões em hospitais públicos do estado, além do armazenamento e distribuição de hemocomponentes. Isso torna a doação de sangue mais eficiente e permite um aumento no número de bolsas para reabastecer o estoque.

No período de janeiro a dezembro de 2025, a rede Hemoce apresentou um total de: 262.851 atendimentos, sendo: 154.577 no Hemoce de Fortaleza, 40.683 no Hemoce do Crato, 9.765 no Hemoce de Iguatu, 18.945 no Hemoce de Quixadá e 38.881 no Hemoce de Sobral.

Em resumo, os dados de janeiro a dezembro de 2025 demonstram a capilaridade e a eficiência da rede Hemoce no Ceará. Com um total de mais de 262 mil atendimentos, o Hemoce de Fortaleza e

suas unidades regionais, como Crato, Sobral, Quixadá e Iguatu, atuam de forma integrada para assegurar um fluxo contínuo de doações e a distribuição estratégica de hemocomponentes. Esse trabalho conjunto é vital para suprir as necessidades da rede de saúde pública do estado, garantindo um suporte hemoterápico de alta qualidade para pacientes em todo o Ceará.

| Entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Unidade Pré-Hospitalar Mantida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SEADE | 47        | 47        | 100%       |
| <b>Análise de Desempenho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |           |           |            |
| <p>No período de janeiro a dezembro de 2025, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192 Ceará) registrou, 122.995 atendimentos realizados. Esse número representa a atuação do serviço no suporte pré-hospitalar de urgência nos 183 municípios do estado, com exceção de Fortaleza, onde o atendimento é gerido separadamente (SAMU Fortaleza).</p> <p>Já o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192 Fortaleza) contabilizou, até o momento, 63.804 atendimentos realizados.</p> <p>As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h) no Estado do Ceará registraram um total de 3.341.565 atendimentos, com uma média mensal 278.464 atendimentos.</p> |       |           |           |            |

| Entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Unidade Ambulatorial Mantida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SEADE | 54        | 54        | 100%       |
| <b>Análise de Desempenho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |           |           |            |
| <p>A Atenção Especializada Ambulatorial é composta por um conjunto de ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que implicam na integralidade e cuidado contínuo.</p> <p>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. A Atenção ambulatorial do Estado está organizada de forma regionalizada, organizado 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.</p> <p>O estado do Ceará dispõe de cinquenta e quatro unidades de Atenção Ambulatorial, sendo 22 Policlínicas, 25 Centros de Especialidades Odontológicas e 7 unidades ambulatoriais.</p> <p>A entrega consiste na manutenção das 54 unidades ambulatoriais, apresentando 1.181.157 consultas de profissionais de nível superior na atenção especializada, sendo 28.710 atendimentos no</p> |       |           |           |            |

IPCC, 58.869 no CDERM, 696.254 nas Policlínicas, 187.615 nos CEOS regionais, 31.468 nos CEOS estaduais, 108.416 no CIDH, 66.451 Casa de Cuidado do Ceará, 3.374 no Centro de Convivência e 0 no Centro de Saúde do Meireles.

Com a manutenção das 54 unidades ambulatoriais, o estado do Ceará atinge um total expressivo de 553.381 consultas de profissionais de nível superior. Esse resultado demonstra o sucesso do modelo de gestão regionalizada, que assegura à população o acesso a um cuidado especializado e de qualidade, fortalecendo a rede de saúde em todo o estado.

| Entrega                      | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Benefício de Saúde Concedido | SEADE | 639.169   | 709.716   | 111%       |

#### Análise de Desempenho

A entrega do benefício concedido consiste na distribuição de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, bolsas e acessórios de ostomias e fórmulas infantis para Alergia Alimentar (APLV);

No período de janeiro a dezembro de 2025, foram distribuídos um total de 709.716 insumos. Essa entrega abrangeu três programas principais:

- Programa de Ostomia: distribuiu de 447.247 bolsas e acessórios para 4.477 pacientes.
- Programa APLV: Forneceu 260.642 fórmulas nutricionais para 3.704 pacientes;
- Programa de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM): Distribuiu 1.827 itens de OPM para 1.751 pacientes;

Entre as ações realizadas no período está o monitoramento mensal da quantidade de fórmulas concedidos pelo programa e a quantidade de pacientes cadastrados, asseguramento do atendimento diário da equipe multidisciplinar, realização do Teste de Provocação Oral (padrão ouro para diagnóstico e avaliação de cura do paciente alérgico), além de reuniões com técnicos prescritores das policlínicas e programação junto a Escola de Saúde Pública - ESP do curso de aperfeiçoamento para prescritores de OPM e um curso básico de Assistência à Pessoa com deficiência na Atenção Primária à Saúde.

| Entrega           | Área           | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------|----------------|-----------|-----------|------------|
| Serviço Realizado | SEADE<br>CORAC | 320.358   | 384.178   | 120%       |

#### Análise de Desempenho

No período de janeiro a dezembro, foram realizados 384.178 procedimentos e serviços de média e alta complexidade no âmbito da rede pública estadual de saúde, demonstrando o esforço contínuo para garantir o acesso qualificado à assistência especializada. Esses números abrangem uma ampla gama de ações estratégicas voltadas à atenção hospitalar e especializada, conforme a seguir:

Leitos de Retaguarda: 676

Leito de UTI mantidos: 14.030

Regulação para leitos de enfermaria: 193.880

Regulação para leitos de UTI: 14.088  
Cirurgias Eletivas: 157.990  
Exames de PetScan: 584  
Tratamento Fora Domicílio: 833  
Transplantes de órgão: 2.097.

| Entrega                      | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Unidade de Saúde Estruturada | SEADE | 34        | 40        | 118%       |

#### Análise de Desempenho

A entrega refere-se à realização de obras civis ou aquisição de equipamentos para as unidades de Saúde, qualificando, desta forma, o serviço para uma assistência regionalizada e com resolubilidade no cuidado.

No período de janeiro a dezembro de 2025, foram estruturadas 40 unidades de saúde que receberam equipamentos, representando um percentual de 117,65% de atingimento em relação à meta pactuada para o ano.

Estruturação de 40 Unidades de Saúde, contemplando: 8 Hospitais da Rede SESA, como o Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Hospital de Saúde Mental de Messejana, Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital São José de Doenças Infecciosas, Hospital Universitário do Ceará, Hospital Estadual Leonardo da Vinci e Hospital Regional Vale do Jaguaribe (HRVJ), com aquisição e equipamentos hospitalares e materiais diversos.

Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão: Banho maria histológico, mesa cirúrgica elétrica; foco cirúrgico auxiliar portátil; Autoclave Horizontal; ar-condicionados; Monitor Multiparamétrico com Pressão Não Invasiva e Pressão Invasiva; Ultrassom Geral, Modos de Operação Mínimos B, M, M Anatômico; Transdutor Linear, Frequência de pelo menos 6 a 10 MHZ; Transdutor Convexo, Frequência de pelo menos 2 a 5 MHZ; Transdutor Endocavitário, Frequência de pelo menos 5 a 8 MHZ.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): Desfibrilador/Cardioversor; Ventilador Pulmonar Eletrônico de Transporte Emergência; Incubadora de transporte neonatal.

Instituto do Câncer do Ceará (IPC): Banho maria histológico, mesa cirúrgica elétrica; foco cirúrgico auxiliar portátil; Autoclave Horizontal; ar- condicionados; Monitor Multiparamétrico com Pressão Não Invasiva e Pressão Invasiva; Ultrassom Geral, Modos de Operação Mínimos B, M, M Anatômico; Transdutor Linear, Frequência de pelo menos 6 a 10 MHZ; Transdutor Convexo, Frequência de pelo menos 2 a 5 MHZ; Transdutor Endocavitário, Frequência de pelo menos 5 a 8 MHZ.

Centro de Especialidades Odontológicas - CEO Centro: Desfibrilador/ Cardioversor e Monitor Multiparâmetro com Capnógrafo

CEO Rodolfo Teófilo: Aparelho de ar condicionado e Localizador Apical;

CEO Joaquim Távora: Fotopolimerizador;

Policlínica Bernardo Félix da Silva - Sobral: Eletroencefalógrafo Digital; Mamógrafo; Colposcópio;

Policlínica Regional José Gilvan Leite - Brejo Santo: Aparelho Raio X Fixo Digital;

Policlínica Dr. José Martins de Santiago - Russas: Mamógrafo;

CEO Acaraú: Aparelho de ar condicionado, Fotopolimerizador e Exaustor;



CEO Aracati: Aparelho de ar condicionado;  
 CEO Baturité: Aparelho de ar condicionado, Fotopolimerizador e Exaustor;  
 CEO Brejo Santo: Aparelho de ar condicionado;  
 CEO Camocim: Aparelho de ar condicionado, Bisturi eletrônico e Localizador Apical;  
 CEO Canindé: Aparelho de ar condicionado, Localizador Apical e Cadeira Odontológica;  
 CEO Cascavel: Aparelho de ar condicionado;  
 CEO Caucaia: Aparelho de ar condicionado, Bisturi eletrônico, Fotopolimerizador, Localizador Apical, Mocho e Exaustor;  
 CEO Crateús: Aparelho de ar condicionado, Bisturi eletrônico e Mocho;  
 CEO Crato: Aparelho de ar condicionado e Localizador Apical;  
 CEO Icó: Aparelho de ar condicionado e Mocho;  
 CEO Iguatu: Aparelho de ar condicionado;  
 CEO Itapipoca: Aparelho de ar condicionado;  
 CEO Juazeiro do Norte: Aparelho de ar condicionado, Localizador Apical, Mocho e Cadeira Odontológica;  
 CEO Limoeiro do Norte: Aparelho de ar condicionado, Localizador Apical, Fotopolimerizador e Cadeira Odontológica;  
 CEO Maracanaú: Aparelho de ar condicionado, Mocho e Exaustor;  
 CEO Quixeramobim: Bisturi eletrônico;  
 CEO Rodolfo Teófilo: Aparelho de ar condicionado e Localizador Apical;  
 CEO Russas: Aparelho de ar condicionado, Bisturi eletrônico;  
 CEO São Gonçalo do Amarante: Aparelho de ar condicionado, Fotopolimerizador e Cadeira Odontológica;  
 CEO Sobral: Aparelho de ar condicionado e Bisturi eletrônico;  
 CEO Tauá: Bisturi eletrônico e Cadeira Odontológica;  
 CEO Ubajara: Aparelho de ar condicionado e Exaustor.

| Entrega                     | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-----------------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Unidade de Saúde Implantada | SEADE | 1         | 1         | 100%       |

#### Análise de Desempenho

Em 19 de março de 2025, foi inaugurado o Hospital Universitário do Ceará (HUC), configurando-se como uma das maiores estruturas hospitalares públicas do Brasil e marco estratégico para o fortalecimento da rede assistencial estadual.

A unidade conta com área construída de 78,6 mil m<sup>2</sup>, distribuída em três torres (Clínica, Cirúrgica e Materno-Infantil), com sete pavimentos, e encerrou o ano de 2025 com 498 leitos entre as especialidades (Cirurgia Geral Gastroenterologia, Ginecologia, Nefrologia, Oncologia clínica e cirúrgica, Ortopedia e traumatologia, Cardiologia, Clínica Geral, Hematologia, Neurologia, Pneumologia, pediatria clínica, obstétrica clínica e cirúrgica). A estrutura contempla leitos de enfermaria, leitos de UTI (adulto e neonatal), 14 salas cirúrgicas, 51 consultórios ambulatoriais, 31 leitos de Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), sendo 24 da cirurgia geral e 7 no centro cirúrgico obstétrico, 15 leitos de Unidade de Internação Breve (UIB) Adulto e 15 leitos de UIB da Obstetrícia, Centro de quimioterapia com 20 poltronas, 02 leitos na sala vermelha da emergência e Casa da



Gestante com 10 leitos. (Fonte: ARS Vitae-ISGH).

O HUC amplia significativamente a capacidade assistencial da Rede SESA, oferecendo serviços especializados de média e alta complexidade, como Cirurgia Vascular, Urologia, Hematologia, Oncologia Clínica e Cirúrgica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Obstetrícia.

A implantação do HUC consolida importante avanço no cumprimento da meta estabelecida no PPA 2025-2027, fortalecendo a regionalização da assistência, ampliando o acesso da população a serviços qualificados e integrando assistência, ensino e pesquisa no âmbito do Sistema Único de Saúde no Ceará.

| Entrega                                         | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------------------------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Centro Especializado em Reabilitação Implantado | SEADE | 2         | 1         | 50%        |

#### Análise de Desempenho

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) são pontos de atenção ambulatorial voltados para a reabilitação especializada. O objetivo desses centros é realizar diagnósticos, avaliações, orientações, estimulação precoce e atendimentos especializados. Além disso, eles fornecem, adaptam e fazem a manutenção de tecnologias assistivas, servindo como referência para a rede de atenção à pessoa com deficiência em todo o território.

Os CERs visam oferecer habilitação e reabilitação, contribuindo para que essas pessoas desempenhem suas funções e atividades diárias com mais independência. Eles também oferecem apoio à família, garantindo uma convivência harmoniosa entre a pessoa com deficiência e seu núcleo familiar.

Em 2025, tivemos um CER habilitado na Policlínica de Campos Sales, alcançando 50% da meta pactuada.

O Estado tem realizado diversas ações para promover a inclusão social da pessoa com deficiência. Dentre elas, destacam-se: A realização de um Curso Básico de Assistência à Pessoa com Deficiência (PCD) na Atenção Primária de Saúde (APS), em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará, destinado a profissionais do Litoral Leste; o monitoramento e assessoramento das propostas de habilitação no Novo Pacto; o acompanhamento das portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, referentes à área da Pessoa com Deficiência; a realização de visitas técnicas de monitoramento aos Centros Especializados de Reabilitação (CER) e aos Núcleos de Estimulação Precoce (NEP); o monitoramento diário das propostas estaduais do plano "Viver sem Limite" nos sistemas SISMOB/SAIPS.

As habilitações desses centros são fundamentais para a inclusão social e o atendimento especializado. Elas ampliam o acesso a serviços de reabilitação essenciais, permitindo que mais pessoas com deficiência recebam o cuidado necessário para desenvolver autonomia e participar plenamente da sociedade.

A pactuação dos CER foi planejada priorizando o preenchimento dos vazios assistenciais da região. Contudo, a efetiva habilitação junto ao Ministério da Saúde está condicionada ao cumprimento de requisitos normativos e administrativos. No cenário atual, observou-se que algumas policlínicas, mesmo ocupando a primeira colocação no escalonamento de pleitos, não dispõem de infraestrutura que comporte o número mínimo de consultórios e salas de terapia (individual e grupal) exigidos para a modalidade pretendida. Portanto, a adequação física configura-se como um

limitador técnico para a finalização do processo de habilitação.

| Entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Área         | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|-----------|------------|
| Plano para a Juventude Elaborado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SEAPS-COGECE | 1         | 0         | 0,00%      |
| <b>Análise de Desempenho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |           |           |            |
| <p>A proposta inicial consistia na elaboração de um Plano de Execução para a implementação da Política de Saúde do Jovem Cearense, com o objetivo de garantir atenção integral em todos os níveis de atenção à saúde (atenção primária, secundária/especializada e terciária), contemplando ainda ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, como violência, gravidez precoce e transtornos mentais, entre outras prioridades a serem definidas. As ações previstas seriam desenvolvidas de forma articulada e integrada, com a participação de todos os atores envolvidos na temática.</p> <p>Entretanto, constatou-se a inviabilidade de elaboração do Plano sem a prévia formulação da Política, uma vez que o Plano representa a materialização operacional da Política, estabelecendo ações a partir de problemas identificados durante seu processo de construção. Essas ações são organizadas em eixos ou linhas estratégicas, com definição de prioridades, responsabilidades e prazos para execução.</p> <p>Dessa forma, foi iniciado o processo de construção da Política Estadual, sendo o Plano elaborado posteriormente. A Política já foi discutida com o Grupo Técnico e encontra-se atualmente em revisão pela gestão da área. As próximas etapas incluem: apresentação e discussão na Câmara Técnica (CT) da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); pactuação na CIB; apresentação e discussão na CT do Conselho Estadual de Saúde (CESAU); aprovação pelo CESAU; e, por fim, publicação oficial.</p> |              |           |           |            |

| Entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Área          | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|-----------|------------|
| Ação para Pessoa LGBTI+ Realizada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SEAPS- COGECE | 6         | 1         | 17%        |
| <b>Análise de Desempenho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |           |           |            |
| <p>A entrega corresponde à Elaboração do Plano Estadual de Prevenção da Autolesão e do Suicídio 2025–2027, cujo objetivo é reduzir as taxas de mortalidade por suicídio e fortalecer ações preventivas de caráter intersetorial. O Plano foi concluído e lançado oficialmente em 7 de abril de 2025, tendo um recorte para a população LGBTQUIAPN+.</p> <p>Foi realizado, no dia 15 de setembro de 2025, na Região SRSUL, um ciclo de debates alusivo ao Setembro Amarelo, com a participação de gestores, profissionais e conselheiros da rede de atenção à saúde e de proteção social. O encontro teve como foco as práticas de atenção e cuidado relacionadas à autolesão e ao comportamento suicida nessa população, com ênfase nas iniciativas de prevenção e promoção da saúde mental.</p> |               |           |           |            |

## Relação de Projetos e Planos de Ação Estratégicos

| ID | Secretaria | Título                                                                 | Classificação        | Responsável                   | Status        | Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | SEAPS      | Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial                         | <b>Plano de Ação</b> | Raimunda Félix de Oliveira    | Monitoramento | O plano da ação contém 17 ações monitoradas:<br>- 03 concluídas.<br>- 03 não iniciadas.<br>- 11 em andamento.<br>Obs: O plano de ação no 2º quadrimestre previa 14 ações; após atualização e inclusão de novas atividades para execução e monitoramento em 2026, passou a contar com 17 ações.                                                                                                                                                                                                     |
| 2  | SEAPS      | Cuidado integral à Saúde de Adolescentes e Jovens                      | <b>Plano de Ação</b> | Luciene Alice da Silva        | Monitoramento | O plano da ação contém 11 ações monitoradas:<br>- 03 concluídas.<br>- 07 não iniciadas.<br>- 01 em andamento.<br>Obs: No 2º quadrimestre, o plano registrava 06 atividades não iniciadas. Após a revisão do acompanhamento do plano, e considerando a conclusão da Política e sua aprovação na CIB, uma das atividades que se encontrava em andamento — “Elaboração de documento base para iniciar o processo de discussão com o Grupo Condutor” — teve seu status classificado para não iniciada. |
| 3  | SEADE      | Fortalecimento da Rede Ambulatorial Especializada de Gestão Própria da | <b>Plano de Ação</b> | Italo Lennon Sales de Almeida | Paralisado    | Reunião no dia 17/07/2025 para alinhamento do plano de ação, contudo o plano não foi concluído, devido a falta de recursos necessários, para as demandas de contratação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| ID | Secretaria | Título                                                                   | Classificação | Responsável                  | Status        | Observação                                                                                                   |
|----|------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |            | SESA                                                                     |               |                              |               | de pessoal, reformas e compra de equipamentos.                                                               |
| 4  | SEADE      | Fortalecimento da Rede de Atenção Materno Infantil                       | Plano de Ação | Ana Maria Martins Pereira    | Monitoramento | O plano contém 16 ações monitoradas, sendo:<br>- 05 concluídas.<br>- 02 não iniciadas.<br>- 09 em andamento. |
| 5  | SEADE      | Fortalecimento da Rede de Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis | Plano de Ação | À definir                    | Monitoramento | O plano contém 38 ações monitoradas, sendo:<br>- 22 concluídas.<br>- 05 não iniciadas.<br>- 11 em andamento. |
| 6  | SEADE      | Fortalecimento da Rede de Atenção Pessoa com Deficiência                 | Plano de Ação | À definir                    | Monitoramento | O plano contém 25 ações monitoradas, sendo:<br>- 09 concluídas.<br>- 03 não iniciadas.<br>- 13 em andamento. |
| 7  | SEADE      | Fortalecimento da Rede de Atenção Urgência e Emergência                  | Plano de Ação | Eva Vilma Moura Baia Sampaio | Monitoramento | O plano contém 17 ações monitoradas, sendo:<br>- 04 concluídas.<br>- 01 não iniciadas<br>- 12 em andamento.  |

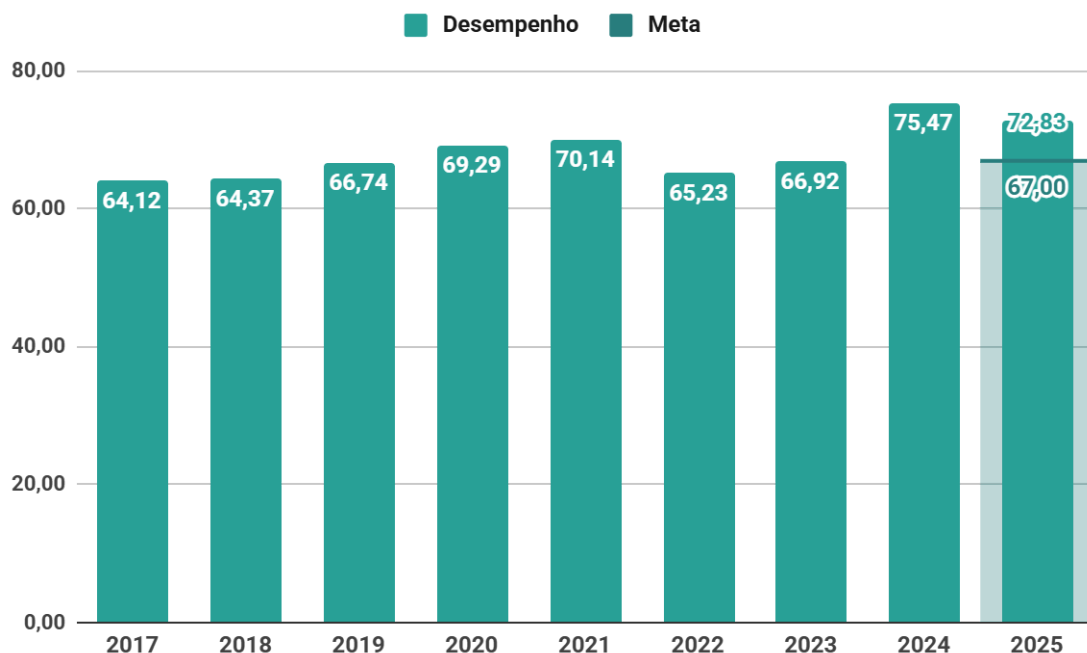
**Objetivo 1.2:** Aprimorar a Atenção Primária à Saúde fortalecendo a Estratégia Saúde da Família de base territorial, comunitária e interprofissional.

## Desempenho dos Indicadores

**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                                    | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|----------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária | Quanto maior, melhor | CORAS | 67,00%    | 72,83%    | 108,70%    |

### Série Histórica



### Análise de Desempenho

A meta de ampliação da saúde bucal na atenção primária, originalmente projetada em 70% até 2027, foi superada antecipadamente, atingindo a marca de 72,83%. Esse resultado é fruto da articulação direta com a Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, que agilizou credenciamentos e evitou a desabilitação através da publicação de novas portarias.

Paralelamente, o apoio técnico permanente aos municípios via e-Gestor foi crucial para a expansão da rede. Contudo, o foco da gestão agora se volta para a equiparação das coberturas, uma vez que o percentual de Saúde Bucal ainda se encontra abaixo da cobertura de Saúde da Família. As

próximas etapas incluem a busca ativa para vinculação de novas equipes de saúde bucal às equipes de saúde da família já existentes, garantindo a integralidade do cuidado.

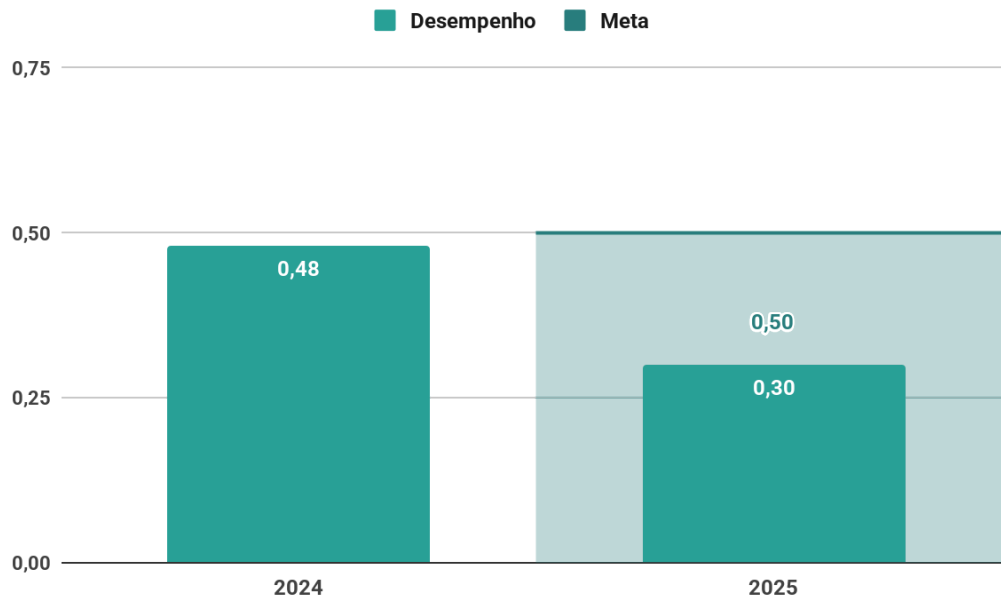
#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Resultado de 72,83% supera a meta de 67%, porém apresenta descompasso em relação à cobertura de APS (que é superior).                                                                                                                                        |
| <b>CAUSAS</b> | - Existência de equipes de Saúde da Família (eSF) operando sem a respectiva equipe de Saúde Bucal (eSB) vinculada;<br>- Desinteresse dos gestores municipais na equiparação de equipes.                                                                        |
| <b>AÇÕES</b>  | - Articulação direcionada aos municípios com baixa relação saúde bucal x saúde da família para equiparação de cobertura;<br>- Orientar os gestores municipais sobre o processo de credenciamento e os incentivos financeiros para a implantação de novas eSBs. |

**Meta 1.2.2:** Manter em 0,50 a razão entre tratamentos concluídos e primeira consulta odontológica programática em saúde bucal (%)

| Indicador                                                                                                                | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas pelas equipes de Saúde Bucal na APS | Quanto maior, melhor | CORAS | 0,50      | 0,30      | 60,00%     |

#### Série Histórica



### Análise de Desempenho

O indicador em questão avalia a relação entre acesso (medido pelo número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolubilidade (número de tratamentos concluídos), ou seja, a capacidade da equipe de saúde bucal de concluir os tratamentos iniciados. Ele é essencial para monitorar a efetividade das equipes de saúde bucal na prestação de serviços completos e de qualidade.

Embora o indicador tenha sido parcialmente cumprido, várias ações contribuíram para o seu desempenho. A capacitação e atualização dos cirurgiões-dentistas foram fundamentais para melhorar a qualidade dos atendimentos e aumentar a adesão dos pacientes aos tratamentos propostos.

Outrossim, o novo indicador “B1: Primeira consulta odontológica programada”, que começou a ser explorado no 3º quadrimestre de 2025, juntamente ao aumento da cobertura em saúde bucal e credenciamento de novas equipes, refletiram de forma significativa na razão entre tratamentos concluídos e primeira consulta odontológica programática em saúde bucal, resultando na redução desta, pois houveram 418.804 primeiras consultas (denominador) e 125.804 tratamentos concluídos (numerador) no ano de 2025 (SISAB, 2025).

Essa análise evidencia a importância do fortalecimento da equipe técnica da CEBUC, garantindo um monitoramento eficaz dos indicadores e, assim, alcançar plenamente as metas estabelecidas.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

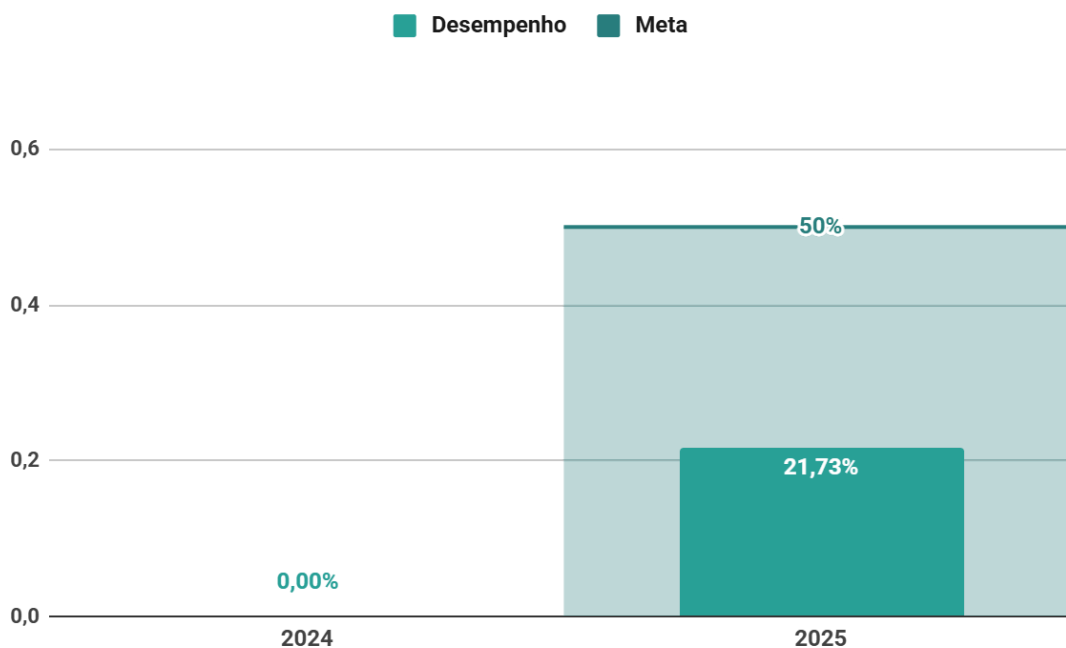
|               |                                                                                                                                     |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Baixa proporção de conclusão de tratamentos em relação ao volume de novas consultas.                                              |
| <b>CAUSAS</b> | - Subnotificação dos encerramentos;<br>- Aumento de primeiras consultas pelo indicador Primeira Consulta Odontológica Programática. |
| <b>AÇÕES</b>  | - Acompanhamento do indicador;<br>- Oficinas de monitoramento e avaliação visando o registro de produção.                           |



**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                                                                                                     | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de municípios com núcleos de segurança do paciente voltados à Atenção Primária à Saúde implantados | Quanto maior, melhor | COAPS | 50,00%    | 21,73%    | 43,46%     |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

A principal estratégia planejada para viabilizar o alcance desta meta é a realização de Cursos de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde nas regiões. Conforme pactuação em CIB foi definido que os referidos cursos seriam custeados com recurso do Piso da Vigilância Sanitária, repassado à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP) para realização do curso para os municípios das regiões de saúde Litoral Leste/Jaguaribe e Sertão Central, e às escolas municipais de referência das regiões de saúde Fortaleza (ESPFOR), Sul/Cariri (Escola de Barbalha) e Norte/Sobral (Escola de Sobral).

Os participantes dos cursos são profissionais da atenção primária e vigilância sanitária dos municípios. E como produto final de conclusão dos cursos cada município deve apresentar as portarias de instituição dos Núcleos Municipais de Segurança do Paciente na Atenção Primária e o

Planos de Ação para sua operacionalização nos municípios.

Até dezembro de 2025 foram realizadas quatro turmas do referido curso, sendo duas na região de saúde Litoral Leste/Jaguaribe e duas na região de saúde Sertão Central, contemplando todos os municípios. Está pendente a realização dos cursos das regiões de saúde Fortaleza, Sul/Cariri e Norte/Sobral.

Sendo assim, foram capacitados um total de 40 municípios, que concluíram o curso e apresentaram suas portarias de instituição dos Núcleos Municipais de Segurança do Paciente na Atenção Primária e o Planos de Ação para sua operacionalização.

A Coordenadoria de Vigilância Sanitária (COVIS) está em processo de monitoramento dos municípios para o cadastramento dos referidos núcleos no portal da ANVISA.

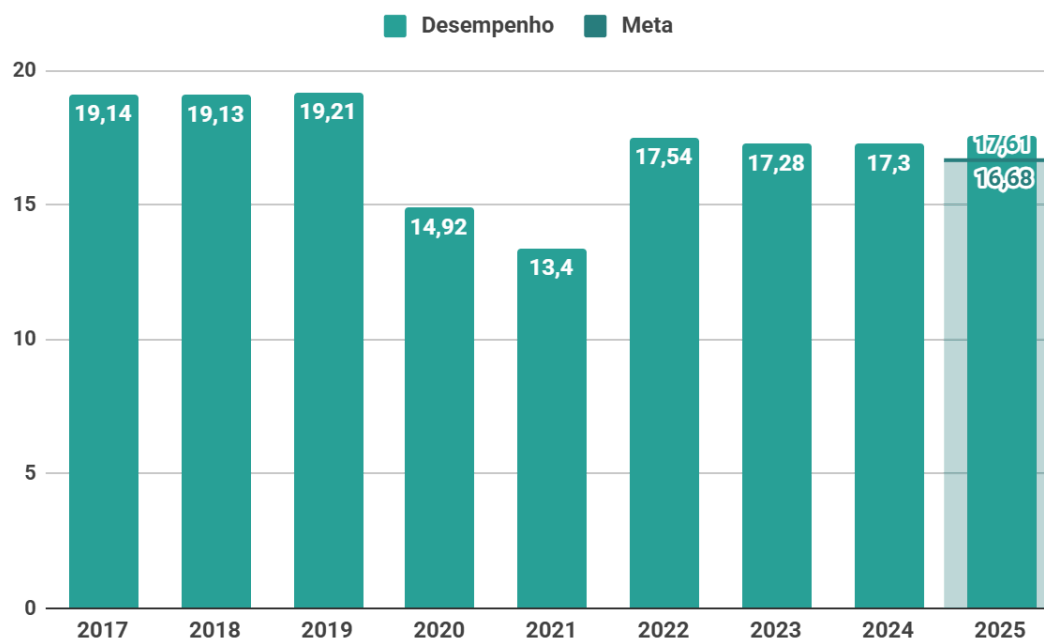
#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parte significativa dos profissionais da APS dos 144 (78,27%) municípios restantes, não recebeu capacitação formal sobre protocolos de segurança do paciente.</li> <li>- Baixa implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) voltados à APS nos municípios.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A cultura de segurança do paciente está mais consolidada nos serviços hospitalares, mas ainda pouco desenvolvida na Atenção Primária à Saúde (APS), onde faltam ações específicas nesse campo.</li> <li>- Destaca-se a carência de capacitação dos profissionais para reconhecer os riscos relacionados aos determinantes sociais da saúde, o que compromete a qualidade e a segurança do cuidado.</li> </ul>                                                                                                                                                                                  |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- As ações para o fortalecimento da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde envolvem o acompanhamento da implantação dos núcleos municipais, em parceria com a Coordenadoria de Vigilância Sanitária e o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente.</li> <li>- Capacitações e oficinas da Planificação da Atenção à Saúde, no âmbito do Projeto De Braços Abertos, terão como objetivo qualificar os processos de trabalho e integrar a AEE.</li> <li>- Criar instrumentos de monitoramento que permitam estratificar os eventos adversos por sexo, raça/cor e faixa etária.</li> </ul> |

**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                                                           | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária | Quanto menor, melhor | COAPS | 16,68%    | 17,61%    | 94,42%     |

#### Série Histórica



### Análise de Desempenho

O indicador mede a proporção das internações sensíveis à atenção primária em relação ao total de todos os tipos de internações, na perspectiva de identificar e desenvolver a capacidade resolutiva da Atenção Primária.

No Estado, foram registradas 543.951 internações hospitalares (dados de janeiro a novembro). Desse total, 95.782 correspondem a internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS).

No segundo semestre de 2025, o indicador de proporção das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS) em relação ao total de internações fechou o período em 17,61%, apresentando uma redução gradual em relação ao primeiro quadrimestre, que registrou 17,97%. Embora discreta, a queda sinaliza uma tendência positiva na estabilização do indicador.

Observa-se que, no grupo da pessoa idosa, as maiores causas de internações por condições sensíveis à APS concentram-se em gastroenterites e infecções renais, agravos passíveis de prevenção e manejo oportuno na Atenção Primária. Ressalta-se maior incidência de gastroenterites no primeiro quadrimestre, associada à quadra chuvosa, período em que há aumento de viroses e maior vulnerabilidade dessa população.

Destaca-se, ainda, que a população idosa apresenta o maior número de óbitos, reforçando a necessidade de qualificação do cuidado. Nesse contexto, o aumento dos registros de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa configura avanço importante, por favorecer a identificação precoce de riscos, fragilidades e necessidades de cuidado integral.

Em relação à saúde do homem (19 a 59 anos), as internações refletem, em grande parte, o acesso tardio aos serviços de saúde, influenciado pela masculinidade hegemônica, que contribui para a resistência ao autocuidado e à busca regular pela APS, resultando em agravamento clínico e internações evitáveis.

Como encaminhamento, propõe-se o fortalecimento de ações voltadas à saúde da pessoa idosa e do homem, bem como a implementação do Curso de Imersão da APS, com foco nos ciclos de vida, visando qualificar as equipes, ampliar o cuidado preventivo e reduzir internações por condições sensíveis.

As principais ações voltadas a este indicador no período foram:

- Em um esforço de governança intersetorial, o Ministério Público do Estado do Ceará (MPCE) e a Secretaria da Saúde do Estado (SESA) — por intermédio das secretarias executivas SEAPS, SEVIG e SEAD — articulam o monitoramento das ações do Programa Consultório na Rua. Esta cooperação visa qualificar o fluxo de atendimentos na rede municipal. Paralelamente, em uma frente de inovação tecnológica, a SUTEC, em parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP), desenvolve uma solução digital voltada à agenda de acompanhamento e estratificação de risco. Tal ferramenta é estratégica para a detecção precoce e o fortalecimento da adesão ao tratamento da Tuberculose no âmbito das Unidades Básicas de Saúde.
- Atualização do Painel da POPNEGRA: os dados do e-SUS/CIEGES referentes ao indicador de tuberculose permitem analisar a incidência da doença e sua distribuição nos territórios, especialmente entre populações em situação de vulnerabilidade, com destaque para a população em situação de rua.

No que se refere ao desempenho para o período de análise, observou-se que não houve o alcance da meta em relação à meta programada para 2025.

Esse acréscimo pode estar relacionado à sazonalidade de doenças respiratórias, especialmente no período analisado, que impacta de forma mais acentuada os idosos, os adultos e as crianças, sendo os adolescentes os menos acometidos. Além disso, a sobrecarga dos serviços básicos de saúde diante do aumento da demanda pode ter contribuído para a dificuldade na prevenção de complicações e, conseqüentemente, para o maior número de internações evitáveis.

As condições sensíveis à atenção primária utilizadas para o cálculo deste indicador estão listadas na Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008, do Ministério da Saúde.

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

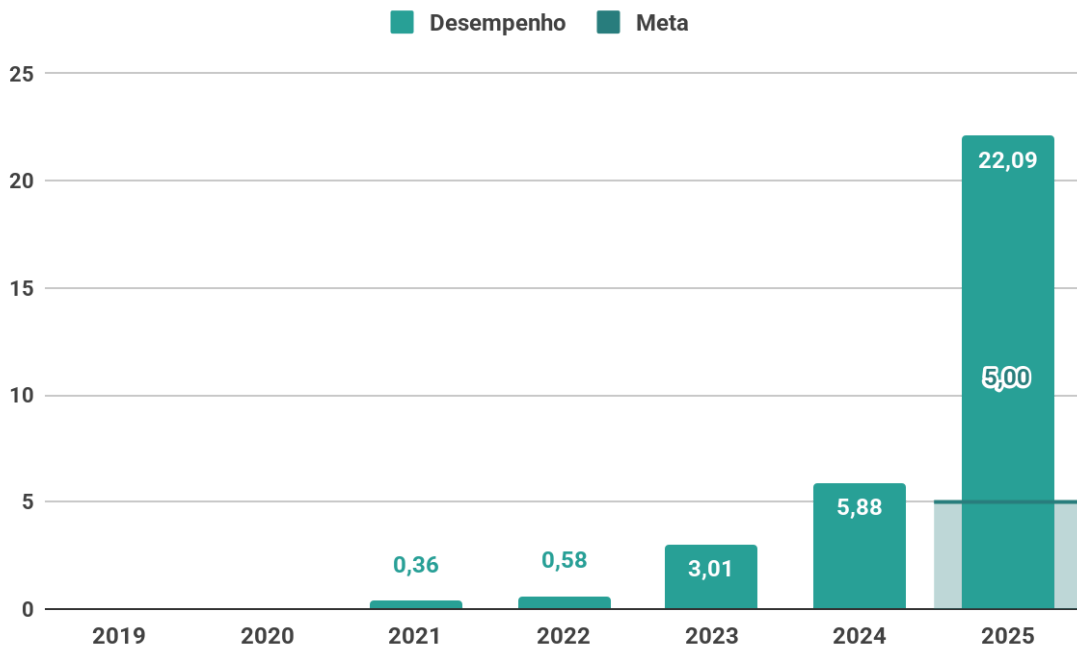
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) representam um custo elevado para o SUS e podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes, inclusive com complicações graves.</li> <li>- Essas internações revelam fragilidades na atenção primária, que deveria atuar na promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento de condições crônicas. Além disso, as desigualdades raciais, territoriais e de gênero estão associadas às ICSAP, com maior concentração de internações entre populações negras, periféricas e de baixa escolaridade.</li> </ul> |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldades de acesso e continuidade do cuidado, especialmente em áreas periféricas e rurais.</li> <li>- Ausência de estratégias sistemáticas de equidade na APS, que levem em consideração gênero, sexualidade e raça/cor.</li> <li>- Há uma necessidade de qualificação e maior resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar o indicador de proporção de internação por condições sensíveis à atenção primária.</li> <li>- Desenvolver, junto às regiões de saúde, estratégias de aprimoramento da integração da APS com AEE visando aumentar a resolutividade dos problemas de saúde nesses níveis de atenção.</li> <li>- Desenvolver as oficinas da planificação da atenção à saúde com o eixo do Projeto de Braços Abertos, com o objetivo de qualificar os processos de trabalho da APS promovendo integração com a AEE.</li> <li>- Ativar compatibilidade com leitores de ecrã</li> </ul>              |

- Para ativar o suporte para o leitor de ecrã, prima Ctrl+Alt+Z. Para saber mais acerca de atalhos do teclado, prima Ctrl+barra.

**Meta 1.2.5:** Ampliar a proporção de idosos com avaliação multidimensional na atenção primária para 10% até 2027. (%)

| Indicador                                                                                        | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Proporção de idosos com avaliação multidimensional da pessoa idosa realizada na atenção primária | Quanto maior, melhor | COAPS | 5,00%     | 22,09%    | 441,80%    |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

Em 2025, observou-se a manutenção de evolução favorável do indicador.

No período de janeiro a dezembro, foram registrados 269.698 procedimentos de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMD) em 182 municípios, evidenciando a ampliação da adesão em âmbito estadual, considerando a população residente com 60 anos ou mais estimada em 1.221.042 pessoas.

A cobertura alcançada de 22,09%, resultante da produção acumulada no período analisado, superou a meta anual pactuada de 5,00%, demonstrando o adequado desempenho das ações executadas e a consonância com o planejamento estabelecido. O incremento da cobertura refletiu tanto o comprometimento dos entes municipais quanto a efetividade das estratégias adotadas para a qualificação do cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde.

Contribuíram para esse resultado a realização sistemática de reuniões virtuais de alinhamento técnico, o monitoramento contínuo dos registros por meio do sistema oficial SISAB, bem como o fortalecimento das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde junto à população idosa.

Destacou-se, ainda, a implementação do Curso de Imersão em Atenção Primária à Saúde: qualificando o cuidado no território, no âmbito do Projeto De Braços Abertos (Eixo 1 – Educação Permanente), que contemplou, em sua matriz curricular, conteúdos relacionados à saúde da pessoa idosa, com ênfase na Avaliação Multidimensional (AMD). A oferta do curso teve início nas regiões da Superintendência do Sertão Central (SRCEN), Superintendência de Fortaleza (SRFOR) e Superintendência Norte (SRNOR).

As ações descritas contribuíram para o fortalecimento do cuidado integral e longitudinal à pessoa idosa, favorecendo a identificação precoce de agravos, o acompanhamento contínuo das condições de saúde e a qualificação da atenção prestada no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

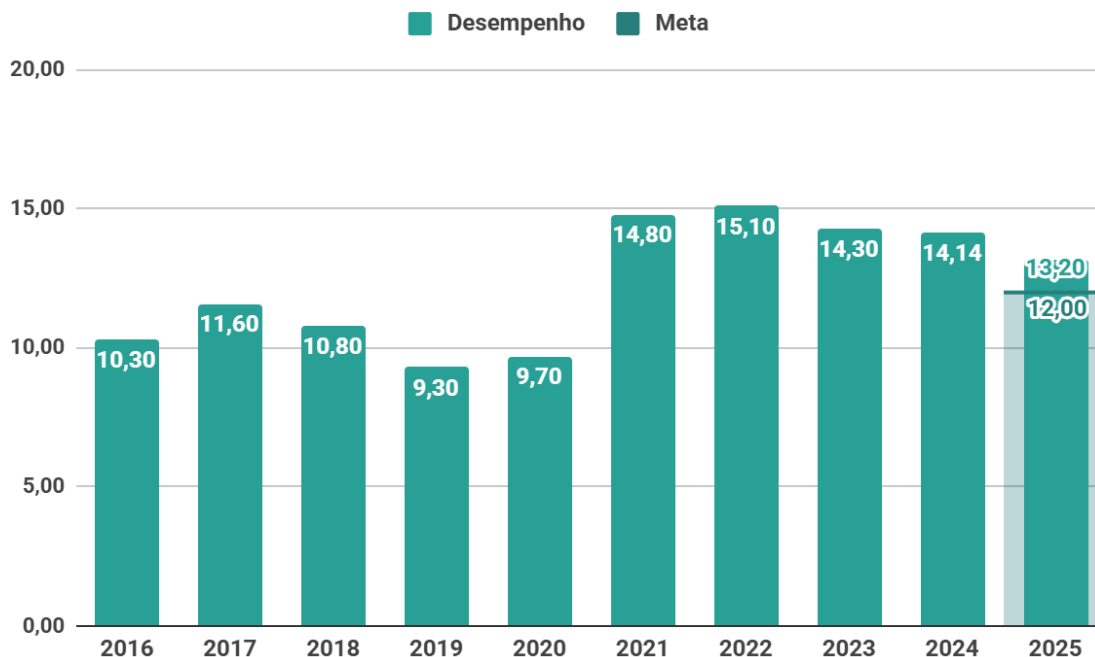
#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - A expansão das ações voltadas à atenção à pessoa idosa tornou-se necessária diante do aumento expressivo desse segmento populacional e da ampliação da expectativa de vida, o que impõe aos serviços de saúde a adoção de respostas mais qualificadas, contínuas e articuladas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>CAUSAS</b> | - O cenário observado está relacionado ao crescimento acelerado da população idosa, decorrente do processo de transição demográfica e do incremento da longevidade. Soma-se a isso o aumento da ocorrência de condições crônicas, situações de fragilidade e múltiplas necessidades de saúde, que demandam acompanhamento oportuno, integral e sistemático à pessoa idosa.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>AÇÕES</b>  | - Entre as medidas adotadas, destacam-se a ampliação da cobertura da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMD) em todos os municípios, assegurando maior alcance das avaliações e do acompanhamento longitudinal. Também se priorizou o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde por meio da qualificação permanente das equipes, bem como a intensificação do monitoramento dos registros, com vistas à melhoria da qualidade da informação e ao direcionamento das intervenções. Adicionalmente, foram promovidas ações integradas de cuidado, com foco na promoção da qualidade de vida, na prevenção de agravos e no estímulo ao envelhecimento saudável. |

**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                                                            | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade | Quanto menor, melhor | COVEP | 12,00     | 13,20     | 90,00%     |

#### Série Histórica



### Análise de Desempenho

Este indicador tem como objetivo monitorar os casos novos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos. A realização do tratamento oportuno das gestantes no primeiro trimestre da gestação é fundamental para prevenir a ocorrência de sífilis congênita. Por isso, um pré-natal de qualidade, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, é essencial, como garantir a realização dos exames de acompanhamento, o tratamento adequado das gestantes em tempo hábil e registro do tratamento da sífilis no cartão do pré-natal, para que cheguem ao final da gestação tratadas adequadamente.

No decorrer do ano de 2025, foram executadas ações estratégicas voltadas ao enfrentamento da sífilis e ao fortalecimento das iniciativas para a eliminação da transmissão vertical, destacando-se a realização de reuniões sistemáticas de monitoramento do processo de Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis, HIV e Hepatite B, em articulação com os municípios e o Ministério da Saúde. Ao longo do período, também se promoveram campanhas educativas mediante a vinculação de mídias sobre prevenção das infecções sexualmente transmissíveis durante as festividades carnavalescas, com vistas à ampliação do acesso à informação e à sensibilização da população. Adicionalmente, em outubro de 2025, realizou-se o Seminário Estadual de Enfrentamento à Sífilis, consolidado como espaço técnico-científico para qualificação do debate, alinhamento de estratégias e fortalecimento da articulação interinstitucional. No mesmo exercício, procedeu-se à publicação de Nota Técnica sobre sífilis, com a finalidade de disseminar informações atualizadas e orientações técnico-normativas aos profissionais de saúde, bem como à elaboração de Boletim Epidemiológico que disponibilizou indicadores e análises epidemiológicas da sífilis no âmbito estadual, nas regiões de saúde e nos 184 municípios, contribuindo para o aprimoramento da capacidade de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas e ações de saúde.



Complementarmente, foram ofertados, dois cursos de Vigilância das IST, HIV/aids e hepatites virais, desenvolvidos em parceria com a Escola de Saúde Pública, envolvendo os municípios das Superintendências Regionais de Fortaleza (SRFOR) e do Litoral Leste (SR Litoral Leste). Essas formações foram direcionadas a profissionais da vigilância em saúde, da Atenção Primária à Saúde, das maternidades e das coordenações de atenção às doenças e agravos sexualmente transmissíveis, com o objetivo de qualificar práticas assistenciais e de vigilância, fortalecer a integração entre os níveis de atenção e aprimorar a resposta do sistema de saúde no enfrentamento das infecções sexualmente transmissíveis. No momento registramos taxa de incidências 13,2 casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos. Variáveis de cálculo (Jan - Dez): Número de casos: 1.345 (Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan) / Número de Nascidos Vivos: 102.112 (TABNET/SINASC/SESA).

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - O indicador ainda pode sofrer interferência das bases de dados que continuam em aberto para inserção de dados. O Diagnóstico e tratamento oportuno realizado pela atenção primária à saúde reflete diretamente nos dados encontrados. Em paralelo há necessidade do aumento das ações de monitoramento, investigação e encerramento das fichas de notificação oportunamente. Os resultados obtidos estão acima da meta pactuada para o ano de 2025.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>CAUSAS</b> | - As causas estão relacionadas diretamente à assistência prestada às mães diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal; além da falha nos registros de seguimento dos casos durante a assistência ao parto nas fichas de notificação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>AÇÕES</b>  | - Foram realizados: Curso de Vigilância das ISTs para a região de Fortaleza (SRFOR) e do Litoral Leste (SR Litoral Leste); participação no Projeto de Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis, HIV e Hepatite B em parceria com os municípios e Ministério da Saúde; Oficina Estadual sobre as Diretrizes Nacionais de Diagnóstico e Monitoramento das IST; Publicação do boletim epidemiológico da Sífilis 2025; Nota Técnica da Sífilis; Seminário Estadual de Enfrentamento da Sífilis; Participação no Fórum Temático da Atenção Primária à Saúde com foco na Sífilis; Reunião de preparação com as COADS e municípios para o Outubro Verde, além de campanhas em mídias e pautas na imprensa; Parceria com o Ministério Público do Ceará firmamos parceria no monitoramento de municípios considerados prioritários para as ações de controle. |

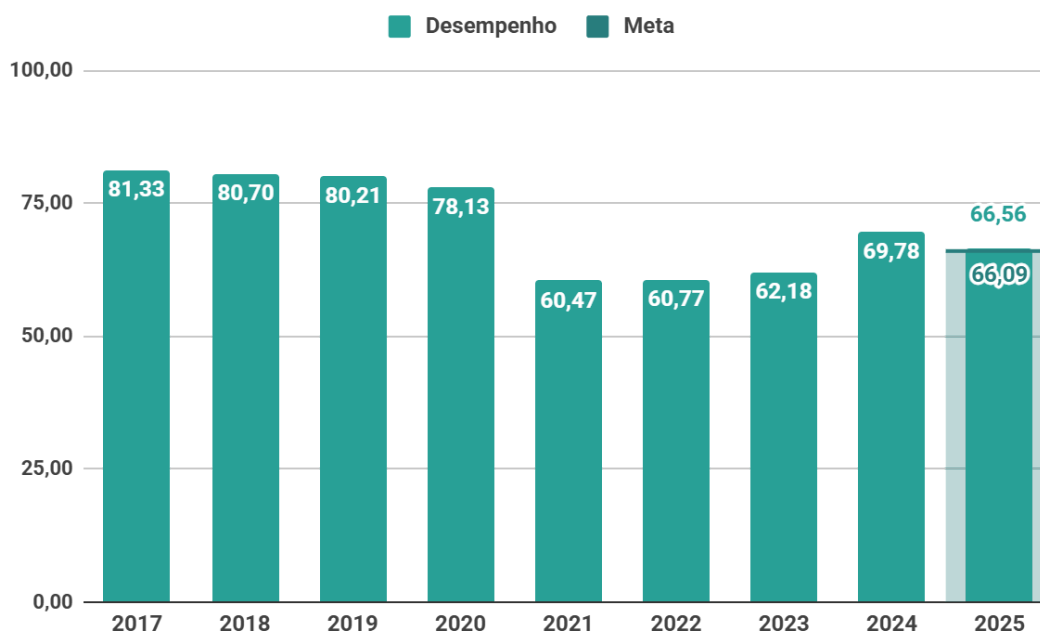
**Meta 1.2.7:** Apoiar a ampliação para 70% da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Estado até 2027. (%)

| Indicador                                   | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Cobertura Populacional Estimada por Agentes | Quanto maior, melhor | COAPS | 66,09%    | 66,56%    | 100,71%    |



## Comunitários de Saúde

### Série Histórica



### Análise de Desempenho

O indicador apresentado possui o percentual da população cearense estimada que é coberta pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os dados brutos revelam a atuação de 15.304 ACS de vínculo direto e indireto para uma população estimada de 9.196.672 habitantes no estado do Ceará, alcançando o percentual da cobertura de 66,56%.

A relevância deste indicador reside na sua capacidade de evidenciar o esforço ainda necessário para atingir a vinculação ideal de, no máximo, 750 pessoas por ACS. Este parâmetro de referência permite avaliar a distribuição e a necessidade de expansão da força de trabalho dos ACS para otimizar a cobertura da atenção primária à saúde.

O método de cálculo desse indicador consiste no Número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) multiplicado pelo número de pessoas que no caso será o número 400, dividido pela estimativa populacional do IBGE para o ano de 2023, multiplicado por 100.

O ACS é o elo fundamental entre a comunidade e o sistema de saúde, promovendo um cuidado integral e humanizado. Suas ações, realizadas principalmente em domicílio e em espaços comunitários, são essenciais para mapear as necessidades locais e fortalecer a saúde na perspectiva do território.

Essa importância se reflete nos dados apresentados. A cobertura de 66,56% alcançada no Ceará, com 15.304 ACS, demonstra um avanço significativo em relação ao quadrimestre anterior (66,61%) e mostra que o estado já está superior à meta anual de 66,09%. Esse progresso é crucial, pois indica uma melhoria não só na capacitação dos profissionais, mas na qualidade dos cadastros e na otimização de estratégias para execução do novo financiamento para as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), alinhando o estado às novas diretrizes de financiamento da APS. O aumento, mesmo que pequeno, demonstra um esforço contínuo para expandir a atuação dos agentes, o que é vital para o sistema de saúde.

**Ações Realizadas no Terceiro Quadrimestre:**

- Identificação e acompanhamento dos municípios ou regiões com menor cobertura de ACS dos municípios de Maracanaú, Pacoti, Viçosa do Ceará, Fortim, Chorozinho, Crateús, Aquiraz, Guaiúba, Crato, Caucaia, Itaitinga, Pindoretama, Fortaleza e Eusébio são municípios com cobertura abaixo de 60% para direcionar e apoiar no fortalecimento da atuação dos agentes e para auxiliar as regiões de saúde na gestão de assuntos relacionados.
- Atuação técnica na condução de oficinas regionais nos municípios de Hidrolândia, Ocara, Aracati, Ibaretama e São Gonçalo do Amarante. As atividades focaram no fortalecimento institucional das ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) frente às diretrizes do novo movimento 'Saúde Brasil 360º', com ênfase na qualificação do preenchimento das fichas de cadastro e no aprimoramento do monitoramento territorial.

**Perspectivas para os próximos quadrimestres:**

- Monitorar o aumento da cobertura populacional ao longo do tempo com a incorporação de novos ACS.
- Identificar os municípios ou regiões com menor cobertura de ACS é crucial para direcionar o apoio no fortalecimento da atuação dos agentes e para auxiliar as regiões de saúde na gestão de assuntos relacionados aos ACS.
- Planejamento de Capacitação para preenchimento qualificado das fichas domiciliar, territorial e individual para os ACS em todas as regiões de saúde.

O novo financiamento da APS estabelece novo regramento do componente de vínculo e acompanhamento territorial, requerendo dos municípios um esforço para a ampliação de cobertura de ACS visando garantir a qualificação dos cadastros e o financiamento adequado das equipes da ESF

**Análise Fato-Causa-Ação (FCA)**

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - A necessidade de ampliar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos municípios cearenses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porque a cobertura de ACS no estado não é ideal para atender a toda a população de forma eficaz;</li> <li>- Porque o número de ACS em atividade pode ser insuficiente para a população, ou a distribuição desses profissionais não está alinhada à realidade demográfica e territorial de cada município;</li> <li>- Porque a contratação de novos profissionais podem não ter acompanhado o crescimento populacional, as mudanças demográficas ou as necessidades específicas de saúde de cada território;</li> <li>- Porque podem existir desafios financeiros, burocráticos ou de gestão que dificultam a expansão da força de trabalho, a abertura de concursos ou o processo de contratação e alocação de forma ágil e alinhada às necessidades reais;</li> <li>- Porque podem envolver políticas públicas, restrições orçamentárias do governo estadual e/ou municipal, ou falhas nos sistemas de planejamento e gestão de pessoal na área da saúde.</li> </ul> |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Com base nas ações que o nível central pode exercer em conjunto com as regiões de saúde esta:</li> <li>- Planejamento de Capacitação para preenchimento qualificado das fichas de cadastro individual e domiciliar, territorial em todas as regiões de saúde.</li> <li>- Monitorar o aumento da cobertura populacional ao longo do tempo com a</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

incorporação de novos ACS.

- Identificar os municípios ou regiões com menor cobertura de ACS é crucial para direcionar o apoio no fortalecimento da atuação dos agentes e para auxiliar as regiões de saúde na gestão de assuntos relacionados aos ACS.

## Desempenho das Entregas

| Entrega           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Município Apoiado | COAPS | 20        | 0         | 0,00%      |

### Análise de Desempenho

O Projeto de Braços Abertos: cuidado desde o início objetiva a estruturação e o aprimoramento dos fluxos de trabalho da atenção básica, com o intuito de elevar a eficiência da rede de cuidado à saúde. O Eixo 2 do mencionado projeto concerne à Planificação da Atenção à Saúde - PAS, metodologia desenvolvida pelo CONASS que, através da execução de fases e encontros de tutoria abordando temas dos grandes processos da APS, procura qualificar a atuação das equipes de saúde da família.

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) na Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe, iniciada em dezembro de 2023 e atualmente na sua última etapa, demonstra o compromisso contínuo com a qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS).

A metodologia da PAS, estruturada em oito etapas e onze oficinas focadas nos macroprocessos da APS e na integração com outros níveis de atenção, tem estabelecido como meta para 2025, a abrangência de 20 municípios dessa região do Litoral Leste/Jaguaribe.

Nesse último quadrimestre do ano, foi desenvolvida a etapa 8 do processo de planificação: Etapa 8 - Cuidados Paliativos, que aborda o cuidado paliativo na APS (ocorrida em novembro).

## Relação de Projetos e Planos de Ação Estratégicos

| ID | Secretaria | Título                                    | Classificação        | Responsável           | Status               | Observação                                                                                                                                                                                          |
|----|------------|-------------------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | SEAPS      | Projeto de Braços Abertos                 | <b>Projeto</b>       | Thais Nogueira        | <b>Monitoramento</b> | O projeto está com ações:<br>Eixo 1 - Plano de Educação Permanente em Saúde para APS, em todas as regiões com fóruns temáticos, oficinas e seminários;<br>Eixo 2 - Planificação da Atenção à Saúde. |
| 2  | SEADE      | Fortalecimento da atenção bucal no Estado | <b>Plano de Ação</b> | Nalber Sigian Tavares | <b>Monitoramento</b> | O plano contém 11 ações monitoradas, sendo:<br>- 10 concluídas.<br>- 01 em andamento.                                                                                                               |

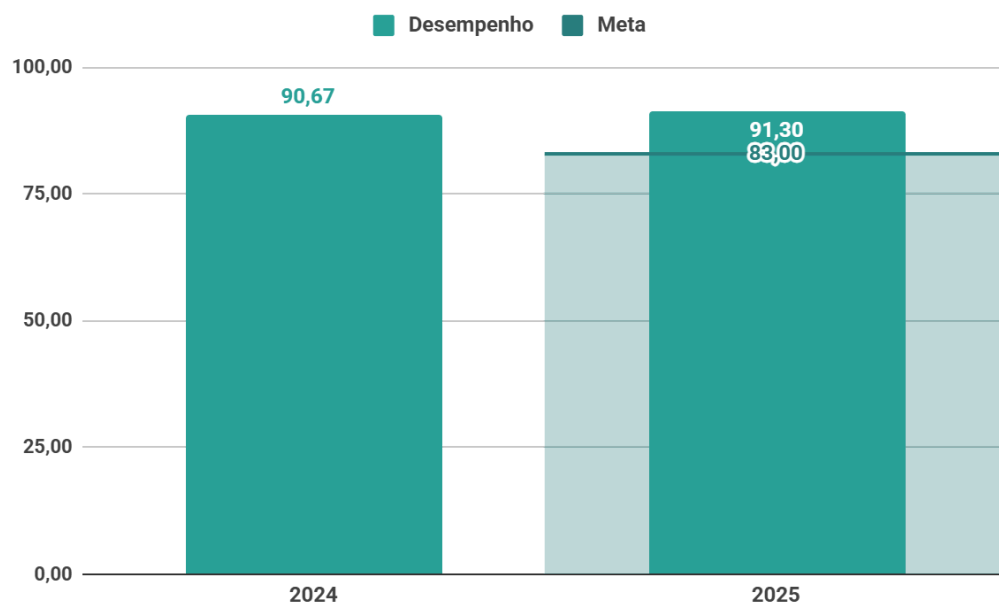
**Objetivo 1.3:** Garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos, pelo fortalecimento da política de Assistência Farmacêutica de forma integrada à rede de atenção à saúde.

### Desempenho dos Indicadores

**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                                                                                       | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica distribuídos | Quanto maior, melhor | COPAF | 83,00%    | 91,30%    | 110,00%    |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

Foram realizadas 11 visitas técnicas as seguintes unidades do CEAF, dentre farmácias dispensadores (10) e unidades distribuidoras (1), conforme preconizado na Resolução 148/2023:

- FARMÁCIA CEAF DO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA
- FARMÁCIA CEAF DO HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES
- FARMÁCIA CEAF DO CENTRO INTEGRADO DE DIABETES E HIPERTENSÃO
- FARMÁCIA CEAF DO CENTRO DE ESPECIALIDADES DE CRATO

- FARMÁCIA CEAF DO JUAZEIRO DO NORTE
- FARMÁCIA CEAF DE QUIXERAMOBIM
- FARMÁCIA CEAF DO HOSPITAL MENTAL DE MESSEJANA
- FARMÁCIA CEAF AQUIRAZ
- FARMÁCIA CEAF MARANGUAPE
- FARMÁCIA CEAF DO INSTITUTO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO CEARÁ
- UNIDADE DISTRIBUIDORA DO CEAF DA SUPERINTENDÊNCIA SUL.

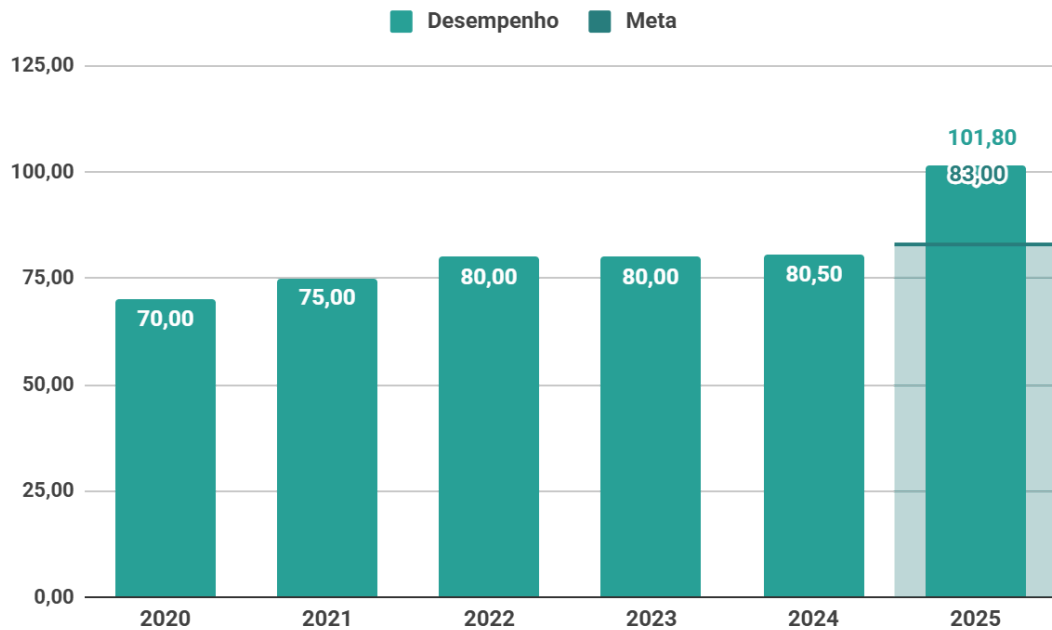
#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acesso a medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica seguindo as regras dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Cumprimento da Resolução CIB CE N° 148/2023, que aprova as normas sobre a execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS Ceará.</li> </ul>                                                                                                                 |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fracassos nas licitações</li> <li>- Atraso no repasse do financiamento dos medicamentos alocados no Grupo 1B que é de responsabilidade do MS</li> <li>- Atraso na distribuição dos medicamentos do Grupo 1A que é de responsabilidade do MS</li> <li>- Subdimensionamento das equipes que atuam no CEAF nas SR/ADS.</li> </ul>                                                                                                                    |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Articulação para cumprimento da Resolução CIB CE N° 148/2023, no intuito de garantir uma rede de atenção desconcentrada e descentralizada na operacionalização do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na rede de saúde regionalizada, no Sistema único de Saúde no Ceará.</li> <li>- Realização de visitas técnicas às farmácias dispensadoras e unidades distribuidoras do CEAF, para avaliação da execução do CEAF.</li> </ul> |

**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                                                                                                           | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual Financeiro de Medicamentos Básicos distribuídos em consonância com os valores programados pelo município | Quanto maior, melhor | COPAF | 83,00%    | 101,80%   | 122,65%    |

#### Série Histórica



### Análise de Desempenho

- Distribuição do 3º trimestre no período de 06 de outubro a 03 de novembro, conforme Nota Informativa N° 21/2025;
- Distribuição da complementação do 3º trimestre no período de 24 de novembro a 12 de dezembro de 2025, conforme Nota Informativa N° 23/2025.

O indicador é apresentado mensalmente na Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica e nas reuniões ordinárias da CIB.

No terceiro quadrimestre: (SETEMBRO A DEZEMBRO)

AFB =  $27.820.230,68 / 28.803.994,15 \times 100 = 96,6\%$

AFS =  $10.401.369,16 / 9.700.352,90 \times 100 = 107\%$

Média dos dois programas para o 3º quadrimestre = 101,8%.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Acesso a medicamentos pactuados nos elencos da AFB e AFS com base na programação financeira de medicamentos e regularização da contrapartida municipal a cada quadrimestre.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Fracassos nas licitações</li><li>- Atraso no pagamento da contrapartida municipal</li><li>- Atraso na entrega dos medicamentos pelos fornecedores</li><li>- Problemas na cadeia produtiva dos medicamentos (EX: falta de matéria prima ou algum insumo utilizado na produção do medicamento), podendo causar desabastecimento ou atrasos</li><li>- Absenteísmo dos municípios agendados para retirada dos medicamentos no CD</li><li>- Transporte inadequado para retirada dos medicamentos no CD.</li></ul> |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Articulação constante com o COSEMS, APRECE e Superintendências Regionais para cumprimento das competências municipais celebradas</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

no Termo de Adesão da compra centralizada de medicamentos da Atenção Primária

- Reuniões mensais na Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica na CIB e Pauta permanente de acompanhamento dos indicadores da PPI nas Reuniões Ordinárias da CIB.

## Desempenho das Entregas

| Entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Área         | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------|-----------|------------|
| Serviço Realizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SEAFI- COLOB | 184       | 184       | 100%       |
| <b>Análise de Desempenho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |           |           |            |
| <p>De janeiro a dezembro de 2025, houve a distribuição de medicamentos aos municípios, por meio da Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, dessa forma, os municípios optam anualmente por realizarem a compra centralizada de medicamentos (os três recursos são administrados pelo Estado que adquire os itens de acordo com a programação anual dos municípios) ou pela compra descentralizada (os municípios administram o recurso das contrapartidas federal e municipal e recebem em medicamentos o valor per capita da contrapartida estadual), sendo este modelo pioneiro e único no país.</p> <p>Atualmente, 182 municípios do Estado do Ceará optaram pela compra centralizada, enquanto apenas Fortaleza e Sobral optaram pela compra descentralizada.</p> <p>No que se refere ao Componente Especializado e ao Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, cuja aquisição é de responsabilidade da União ou do Estado, a distribuição é realizada para todos os 184 municípios, assegurando a continuidade do abastecimento e o acesso da população aos medicamentos.</p> |              |           |           |            |

| Entrega                      | Área         | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------|--------------|-----------|-----------|------------|
| Rede Estruturada             | SEAPS- COPAF | 11        | 11        | 100%       |
| <b>Análise de Desempenho</b> |              |           |           |            |



No período de janeiro a dezembro de 2025, a Rede de Farmácias Clínicas foi fortalecida, por meio da implementação do Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos (PGA), que é acompanhado pelos indicadores que permitem avaliar se as práticas estão seguras, eficazes e alinhadas ao combate à resistência microbiana, são eles:

Número de pacientes acompanhados pela PGA

Taxa de Perda de Seguimento entre os pacientes acompanhados pelo PGA

Taxa de cobertura dos pacientes em uso de ATM reserva/estratégico acompanhados pelo PGA

Taxa de cobertura de leitos com PGA no hospital

Taxa de Adesão às Estratégias do PGA

Taxa de Custo Direto Minimizado pelo PGA

Foi realizado o 5º Seminário de Monitoramento e Avaliação dos Indicadores do Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos (PGA), em 06 de agosto de 2025, ocasião em que foram apresentados, analisados e discutidos os indicadores referentes ao período de janeiro a junho de 2025, devidamente registrados no Sistema de Monitoramento e Avaliação da Qualidade (SIMAQ).

Destaca-se, ainda, a elaboração, o lançamento e a divulgação do Guia de Antimicrobianos na Prática Clínica, direcionado aos profissionais da Atenção Primária à Saúde, com a finalidade de fortalecer a prescrição racional e qualificada de antimicrobianos.

Foram realizadas reuniões de alinhamento com a Superintendência de Tecnologia da Informação (SUTEC) para o desenvolvimento da Plataforma de Gerenciamento do Programa, com foco no aprimoramento do monitoramento e da gestão dos indicadores.

Adicionalmente, manteve-se a atualização sistemática dos indicadores no SIMAQ pelas unidades participantes do programa, assegurando a regularidade, a consistência e a fidedignidade das informações reportadas.

**Hospitais que participaram e apresentaram seus indicadores:**

Hospital Geral de Fortaleza

Hospital Geral Waldemar de Alcântara

Hospital Infantil Albert Sabin

Hospital Estadual Leonardo da Vinci

Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

Hospital São José de Doenças Infecciosas

Hospital Geral César Cals

Hospital Regional do Vale do Jaguaribe

Hospital Regional do Sertão Central

Hospital Regional Norte

Hospital Regional do Cariri.

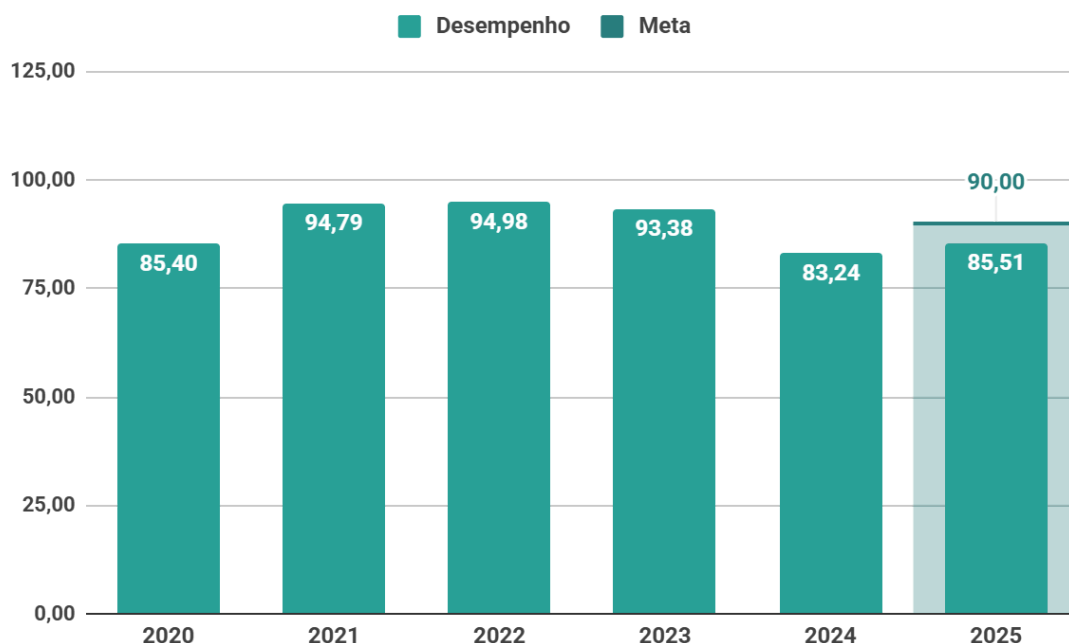
**Objetivo 1.4:** Tornar o processo de atendimento mais acessível, rápido, resolutivo e humanizado regionalmente.

### Desempenho dos Indicadores

**Meta 1.4.1:** Assegurar o percentual de satisfação dos usuários das unidades de saúde da Rede Sesa para 90% ou mais. (%)

| Indicador                                                                 | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Índice de satisfação dos usuários com os serviços assistenciais de saúde. | Quanto maior, melhor | COGEQ | 90,00%    | 85,51%    | 95,01%     |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

O indicador tem como finalidade avaliar a prestação de cuidados sob a perspectiva do usuário, configurando-se como dimensão central e uma das principais estratégias para promover a participação, proteção e defesa dos direitos dos cidadãos nos serviços públicos.

O desempenho observado em 2025 já era esperado, em virtude da padronização do indicador, ocorrida em 2024, por meio da adoção do Net Promoter Score (NPS). Essa metodologia mensura a probabilidade de recomendação do serviço e exige um monitoramento multidimensional,

considerando que eventuais fragilidades ao longo da jornada do atendimento podem impactar negativamente a percepção do usuário.

O resultado de 2025 (85,51%) consolidou dados de 32 serviços com indicador mensurado e reportado, distribuídos da seguinte forma: 17 serviços com desempenho superior a 90%, 12 situados entre 70% e 89% e 3 abaixo de 70%. Estes últimos incluem NPS críticos, com resultados negativos, cujas justificativas foram apresentadas e encontram-se em processo de análise.

No terceiro quadrimestre, foram mantidas as ações de acompanhamento dos Planos de Ação voltados ao alcance das metas pactuadas nas unidades assistenciais da Rede SESA (via drive corporativo), além da intensificação de visitas técnicas in loco aos serviços de saúde e da realização de encontros para alinhamento do indicador.

Como perspectiva de aprimoramento, destaca-se a qualificação da aplicação do NPS por meio da adoção de amostragem representativa em todos os serviços, reestruturação da equipe para fortalecer o monitoramento e a análise do processo, bem como a inclusão de questões qualitativas na pesquisa, possibilitando uma estratificação mais precisa dos resultados.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- O indicador é diretamente influenciado pelo desempenho das unidade na prestação do serviço ao usuário, sendo esperado que uma maior conformidade dos processos, e a adoção de melhores práticas resultem em maior satisfação;</li> <li>- A qualidade dos serviços públicos é avaliada pelos usuários, com base em suas percepções. Sabe-se que os usuários de serviços não avaliam a qualidade apenas em função do produto final, eles incorporam , também, uma opinião sobre o processo de fornecimento do serviço. Isso torna a avaliação da qualidade de serviços mais complexa em comparação com a de bens tangíveis;</li> <li>- A implantação de novo método de avaliação em 2024 pode ter sido um fator contribuinte para os resultados observados, devido às mudanças nas rotinas operacionais das Unidades;</li> <li>- Os resultados anteriores a 2024, derivados de diferentes métricas, podem não refletir com exatidão a satisfação dos usuários, especialmente após a adoção da nova metodologia.</li> </ul> |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mudança do método/instrumento de avaliação e alteração das rotinas estabelecidas pelas unidades requerem aprimoramento do processo de pesquisa de satisfação, incluindo a garantia de recursos humanos qualificados e suficientes para o desenvolvimento da atividade;</li> <li>- Unidades com dificuldades de trabalhar a gestão da qualidade de modo pleno (múltiplas causas, dentre elas: insuficiência de pessoal, dificuldade em sensibilizar corpo técnico para o aprimoramento de processos internos que promovam a melhoria da assistência prestada, sistemas informatizados não fornecendo dados fidedignos para auxílio na tomada de decisão);</li> <li>- A implementação de uma mudança cultural demanda um período de maturação prolongado para que os resultados sejam plenamente observados e avaliados.</li> </ul>                                                                                                                                                                                        |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de visitas técnicas in loco às Unidades da Rede Sesa;</li> <li>- Acompanhamento sistemático dos serviços, por meio das Autoavaliações das Unidades hospitalares, indicadores e planos de melhoria;</li> <li>- Acompanhamento dos indicadores da Qualidade dos serviços de saúde da</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

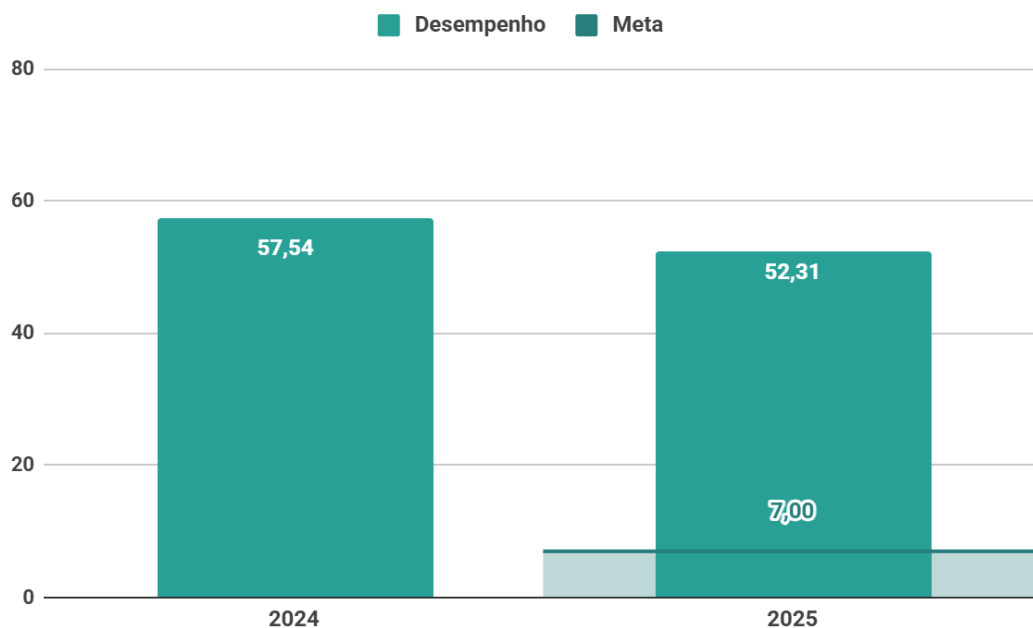
Rede Sesa e seus planos de ação;

- Instrumentalização dos serviços para a sistematização de procedimentos e práticas promotoras de resultados organizacionais mais positivos e para a melhoria contínua;
- Implementação da versão 2.0 do SIMAQ que contribuirá para um melhor monitoramento e avaliação das unidades assistenciais;
- Realização de encontro com Núcleos da Qualidade para alinhamento do indicador e proposição de avanços no cálculo da amostra e momento de aplicação da metodologia.
- Realização de mesa de diálogo entre áreas (ASCIT, ASCOM, COGEQ, OUVIDORIA) acerca da avaliação dos serviços e indicador de satisfação dos usuários.

**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                                                | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|----------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de Incremento no Número de Cirurgias Eletivas | Quanto maior, melhor | COREG | 7,00%     | 52,31%    | 747,29%    |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

O indicador Percentual de Incremento no Número de Cirurgias Eletivas tem por finalidade mensurar a variação percentual — de aumento ou redução — no volume de cirurgias eletivas realizadas, tomando como referência a média histórica do período de janeiro a dezembro dos anos de 2021, 2022 e 2023, correspondente a 103.727 procedimentos.

Em 2025, foram realizadas 157.990 cirurgias eletivas, considerando os registros de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), referentes aos procedimentos do Grupo 04. Esse resultado representa um incremento de 52,31% em relação à média do mesmo período dos anos de 2021 a 2023, conforme dados disponibilizados pelo DATASUS.

O desempenho alcançado reflete a implementação de um conjunto estruturado de ações estratégicas, dentre as quais se destacam:

- Qualificação das filas de cirurgias eletivas, com exclusão de pacientes já atendidos ou sem indicação cirúrgica vigente;
- Revisão e qualificação da valoração da tabela SIGTAP, no âmbito dos programas estaduais e federais de redução de filas;
- Monitoramento contínuo da produção de cirurgias pelos municípios e unidades de saúde;
- Disponibilização de painéis na plataforma IntegraSUS, com perfis de acesso para acompanhamento municipal e regional;
- Realização de edital de chamamento para contratação de cirurgiões e anestesistas por Pessoa Jurídica;
- Contratualização de estabelecimentos executores;
- Pactuação e revisão do planejamento do componente cirúrgico na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com ajustes nas estratégias e melhor alocação de recursos;
- Promoção de reuniões de alinhamento com o Ministério da Saúde.

Essas iniciativas têm contribuído de forma significativa para a ampliação do acesso às cirurgias eletivas, beneficiando um grande contingente de pacientes em todo o estado do Ceará e promovendo maior equidade e efetividade na prestação dos serviços de saúde.

Para fins de definição de metas, adota-se como base o valor médio de 103.727 cirurgias (referente ao período de 2021 a 2023). A partir desse referencial, estabelecem-se incrementos progressivos: 5% em 2024, 7% em 2025, 10% em 2026 e 15% em 2027.

Memória de cálculo:

Produção AIH e APAC:

2021 (jan-dez): 82.751

2022 (jan-dez): 104.982

2023 (jan-dez): 123.449

2025 (jan-dez): 157.990

Média (2021-2023): 103.727

Cálculo do indicador (2025):

Numerador:  $157.990 - 103.727 = 54.263$

Denominador:  $54.263 / 103.727$

Fator de multiplicação: 100

Resultado: 52,31%.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

#### FATOS

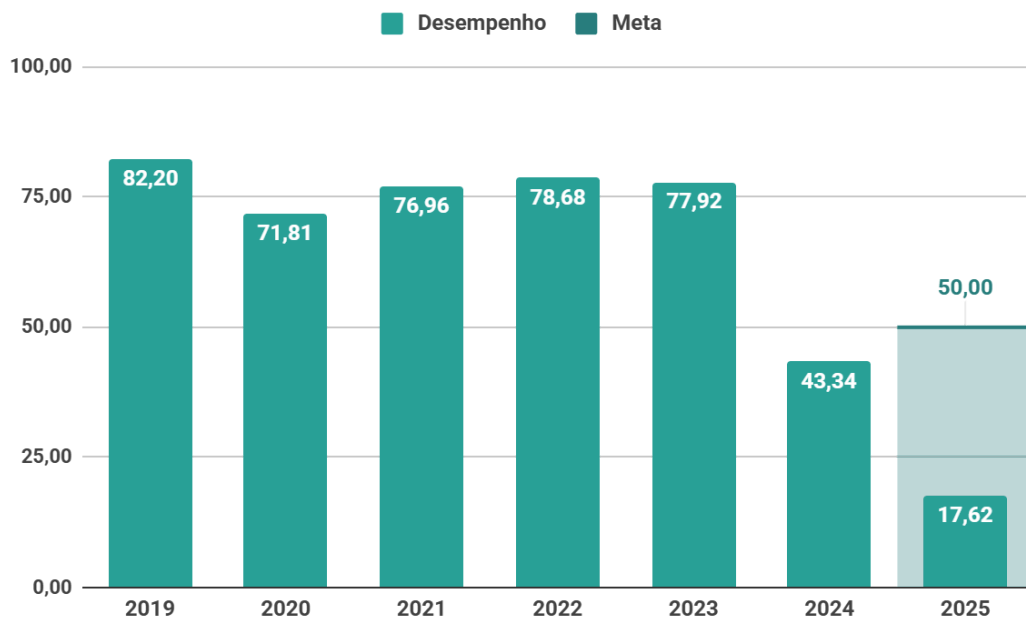
- Meta ultrapassada em relação ao indicador.

|               |                                                                                                                                      |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CAUSAS</b> | - Incremento no volume de cirurgias realizadas pelos programas federal e estadual.                                                   |
| <b>AÇÕES</b>  | - Promover a continuidade na realização das cirurgias, fortalecendo a gestão das consultas e monitorando rigorosamente sua execução. |

**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 90,30% até 2027. (%)

| Indicador                                                                                 | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de pessoas beneficiadas com Órtese, Prótese e Meios de Locomoção (OPM) no ano. | Quanto maior, melhor | CORAS | 83,50%    | 17,62%    | 21,10%     |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

A Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde - SUS, tem como foco principal a habilitação e/ou a reabilitação das funcionalidades humanas, contribuindo com a emancipação social destes usuários. Assim, o acesso ao processo de reabilitação e a aquisição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção significa promover acessibilidade e qualidade de vida.

O indicador mensura o percentual de pacientes que receberam concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção sobre o total de pacientes que solicitaram o insumo no ano anterior.

Em 2025, 3.479 pacientes solicitaram OPM, destes, apenas 613 foram beneficiados, o que representa apenas 17,62% da meta pactuada, um valor significativamente inferior ao esperado. Isso se deve ao aumento da demanda por solicitações de OPM e ao duodécimo limitado para a aquisição desses materiais.

Entre as ações realizadas no período estão a realização de 08 (oito) reuniões com técnicos prescritores das Policlínicas; Realização de 01(um) Curso Básicos da Pessoa com Deficiência - PCD na Atenção Primária de Saúde - APS, para as profissionais lotados na SR Litoral Leste, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP; Divulgação e sensibilização dos profissionais de saúde à importância do cadastro da pessoa com deficiência nos cursos de educação permanente; Realização de reuniões virtuais com os profissionais de saúde das Policlínicas/CER para apoio técnico e monitoramento das solicitações de OPM no Saúde Digital; Aquisição e Distribuição descentralizada de OPM; Monitoramento no saúde digital sobre as OPM distribuídas; Monitoramento do fluxo de concessão das OPM; atualização constante do Catálogo de OPM conforme ata de registro de preço disponível.

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                      |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Otimização do Sistema Saúde Digital para melhoria do Benefício Cidadão.                            |
| <b>CAUSAS</b> | - Crescimento acentuado na demanda por OPM e limitação do teto orçamentário/financeiro.              |
| <b>AÇÕES</b>  | - Diagnóstico detalhado da fila de espera e análise de viabilidade para expansão do teto financeiro. |

## Relação de Projetos e Planos de Ação Estratégicos

| ID | Secretaria | Título                                                  | Classificação        | Responsável    | Status               | Observação                                                                                                                                                                                                  |
|----|------------|---------------------------------------------------------|----------------------|----------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | SEADE      | Fortalecimento do programa estadual de cirurgia eletiva | <b>Plano de Ação</b> | Melissa Soares | <b>Monitoramento</b> | O plano contém 06 ações monitoradas, sendo:<br>- 06 em andamento.                                                                                                                                           |
| 2  | SEADE      | Fortalecimento do sistema de regulação no estado        | <b>Plano de Ação</b> | Breno Melo     | <b>Paralisado</b>    | A elaboração do plano de ação encontra-se pendente. O material necessário para sua construção, incluindo o link do ferramental (Google Drive), foi encaminhado à área responsável, porém não houve retorno. |
| 3  | SEAPS      | Equidade SUS Ceará                                      | <b>Plano de Ação</b> | À definir      | <b>Monitoramento</b> | O plano contém 07 ações monitoradas, sendo:<br>- 05 em andamento.<br>- 01 não iniciada.<br>- 01 concluída                                                                                                   |



## 3.2 Vigilância em Saúde

**Diretriz 2:** Fortalecer a vigilância em saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de proteção da saúde da população.

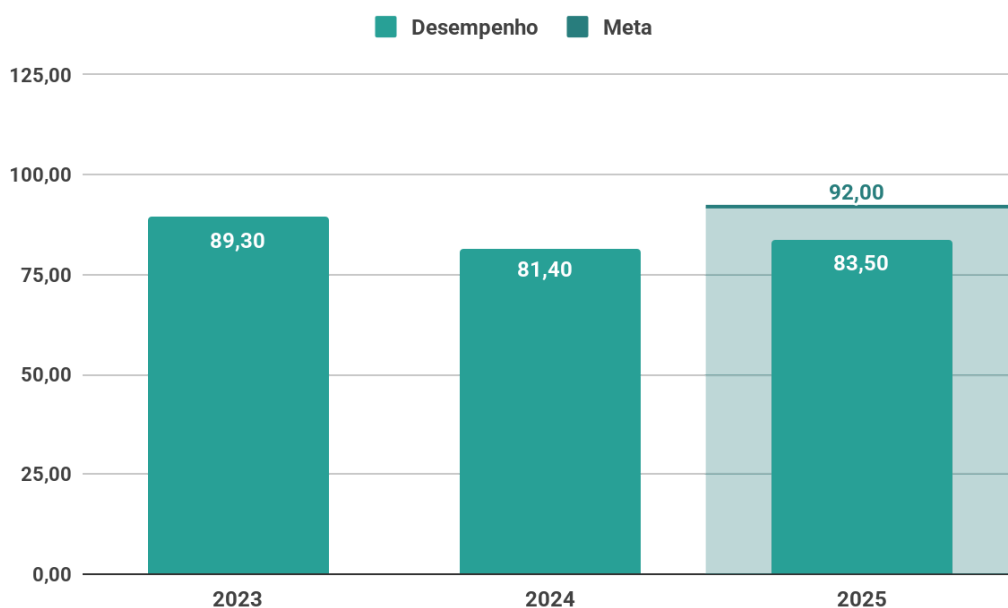
**Objetivo 2.1:** Ampliar e apoiar a promoção da saúde e prevenção de doenças para reduzir os agravos e doenças, bem como os riscos à saúde da população.

### Desempenho dos Indicadores

**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                                                                                | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Proporção de fichas encerradas oportunamente (60 dias) de doenças preveníveis por vacina | Quanto maior, melhor | COVEP | 92,00%    | 83,50%    | 90,76%     |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

O indicador tem como objetivo avaliar a oportunidade de encerramento das fichas de notificação de doenças imunopreveníveis, aspecto essencial para assegurar a eficiência e a efetividade do sistema de vigilância epidemiológica. Esse monitoramento garante que casos suspeitos ou confirmados de difteria, tétano, coqueluche (DTP), paralisia flácida aguda (PFA), meningites, sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita (SRC) sejam devidamente acompanhados e encerrados em tempo oportuno, contribuindo para a interrupção da cadeia de transmissão dessas doenças.

Com vistas ao aprimoramento do indicador, foram desenvolvidas diversas ações estratégicas, dentre as quais se destacam: a realização de cinco encontros virtuais com as 22 COADS do estado, abordando diferentes temáticas relacionadas à vigilância epidemiológica; a promoção de webinar sobre coqueluche direcionado à Sociedade Cearense de Pediatria; a articulação com o Ministério da Saúde, incluindo visita técnica ao Núcleo de Vigilância Hospitalar (NHE) do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), com foco no fortalecimento da vigilância da PFA; e a participação em duas turmas dos cursos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH), contemplando as regiões da SRS Norte e Cariri, com ênfase nas doenças imunopreveníveis.

A análise dos dados extraídos do SINAN, referente a 2025, evidencia um total de 948 notificações (DTP, doenças exantemáticas, meningites e PFA), das quais 792 foram encerradas em tempo oportuno (até 60 dias). Esse desempenho corresponde a um percentual de 83,5% de encerramento oportuno das fichas, refletindo avanços no processo de qualificação da vigilância, embora ainda indique a necessidade de manutenção e intensificação das ações para alcance de níveis mais elevados de desempenho.

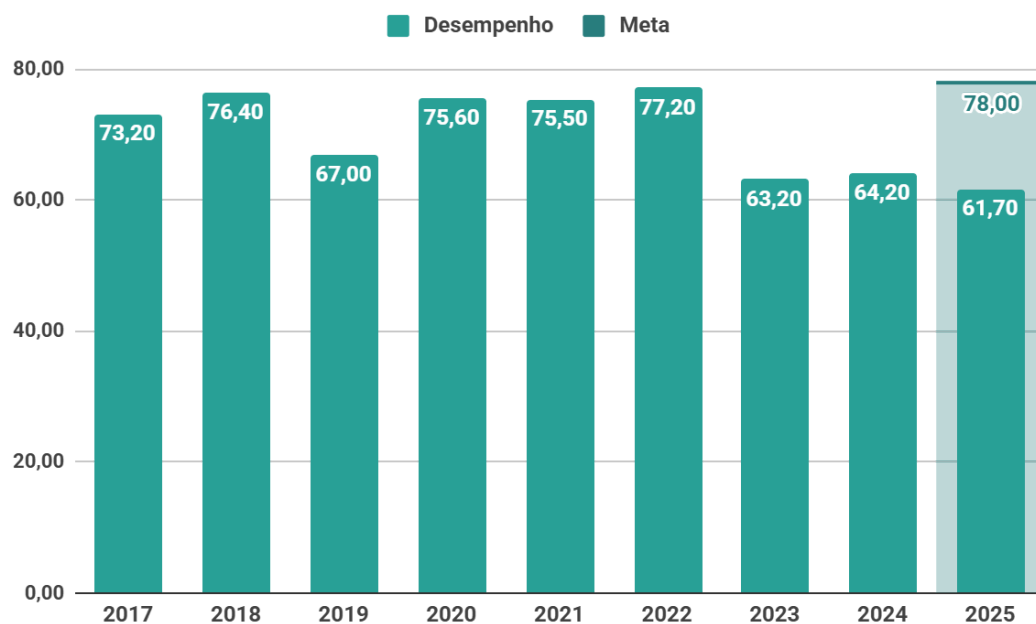
#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Em 2025 foi atingido 83,5% dos encerramentos oportunos, onde o total de notificações encerradas foi de 792. A Análise dos dados do SINAN para o ano de 2025 revelou a necessidade de ações mais intensificadas para alcançar a meta de 95% de encerramento até 2027.                 |
| <b>CAUSAS</b> | - A principal causa para não atingir a meta de 95% de encerramento oportuno é a subnotificação de casos, o que compromete o fechamento adequado das notificações. Os atrasos no processo de investigação dos casos suspeitos ou confirmados também impactam negativamente o indicador. |
| <b>AÇÕES</b>  | - Investiremos mais em capacitações junto às COADS e municípios, reuniões com as COADS sempre enfatizando sobre o encerramento correto e oportuno das fichas de notificação. Oferta de Treinamento em Serviço em COADS estratégias e sempre baseada na incidência das notificações.    |

**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                                                                | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Proporção de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar examinados. | Quanto maior, melhor | COVEP | 78,00%    | 61,70%    | 79,10%     |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

O indicador de proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose tem como objetivo mensurar o percentual de contatos identificados que foram efetivamente avaliados, refletindo a capacidade dos serviços de saúde em operacionalizar a vigilância ativa. Trata-se de um parâmetro essencial para a detecção precoce de novos casos e para a interrupção das cadeias de transmissão da doença.

No ano de 2024, foram identificados 11.826 contatos, dos quais 8.958 foram examinados, resultando em um desempenho de 75,7%. Para 2025, a meta anual foi estabelecida em 78%. Contudo, considerando os dados parciais até o terceiro quadrimestre, o resultado alcançado foi de 61,7%, com 11.501 contatos identificados e 7.094 examinados, situando-se abaixo da meta pactuada.

Esse cenário evidencia a necessidade de intensificação das ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde, com foco no acompanhamento integral dos casos de tuberculose. Destaca-se a importância de fortalecer estratégias como a busca ativa de contatos, o monitoramento individualizado e a priorização da avaliação desses indivíduos, medidas fundamentais para reduzir a transmissão da

doença.

Ressalta-se que os dados apresentados ainda são preliminares e podem sofrer alterações, uma vez que o encerramento oficial das bases ocorre apenas em março de 2026, podendo impactar o resultado final do indicador.

No âmbito da vigilância em saúde, foram desenvolvidas diversas ações ao longo do período, com vistas ao fortalecimento da resposta à tuberculose. Entre elas, destacam-se iniciativas de capacitação e apoio técnico, como treinamentos realizados nas COADS de Crateús e atividades específicas em Nova Russas, além da promoção do Curso de Vigilância e Manejo Clínico da Tuberculose na Superintendência de Fortaleza, contribuindo para a qualificação das equipes.

Adicionalmente, foram implementadas estratégias estruturantes no estado, como a expansão do circuito rápido para manejo de aids avançada em pacientes coinfectados, a disponibilização do teste LF-LAM em todos os Serviços de Atenção Especializada (SAE), a reestruturação do Comitê Estadual de Tuberculose e a retomada do Comitê de Óbitos por Tuberculose. Este último tem como objetivo qualificar as investigações, identificar falhas no manejo clínico em vida e promover ajustes oportunos na linha de cuidado, com reuniões realizadas mensalmente.

Destaca-se ainda a articulação interinstitucional com a Secretaria de Atenção à Saúde Prisional, o Distrito Sanitário Especial Indígena e o Projeto Mais Saúde Menos TB, em parceria com o Ministério Público. Todas essas ações foram conduzidas pelo GT Tuberculose/SESA-CE, em colaboração com diferentes instâncias da rede de atenção.

Como perspectiva para 2026, prevê-se o fortalecimento das ações de vigilância por meio da Campanha Estadual da Tuberculose, a ser realizada em março, com enfoque no monitoramento e tratamento de contatos. Para tanto, já foram elaborados materiais educativos de apoio, que serão lançados em conjunto com a campanha, visando ampliar a sensibilização e o engajamento dos profissionais de saúde e da população.

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

##### FATOS

- Até o terceiro quadrimestre de 2025, foram identificados 11.501 contatos de casos novos de tuberculose, dos quais 7.094 foram examinados, totalizando 61,7% de cobertura, ficando abaixo da meta anual pactuada de 78%. Em 2024, a proporção havia sido de 75,7% (8.958 examinados entre 11.826 identificados), evidenciando retrocesso no desempenho do indicador em 2025.
- O resultado demonstra que apesar do fortalecimento das ações de vigilância ativa no estado, ainda existe a necessidade de uma maior capacidade dos serviços de saúde em operacionalizar a investigação de contatos, componente essencial para a interrupção da cadeia de transmissão da tuberculose. Ressalta-se, entretanto, que o dado ainda é considerado parcial, uma vez que o encerramento oficial da base ocorreu apenas em março de 2026.

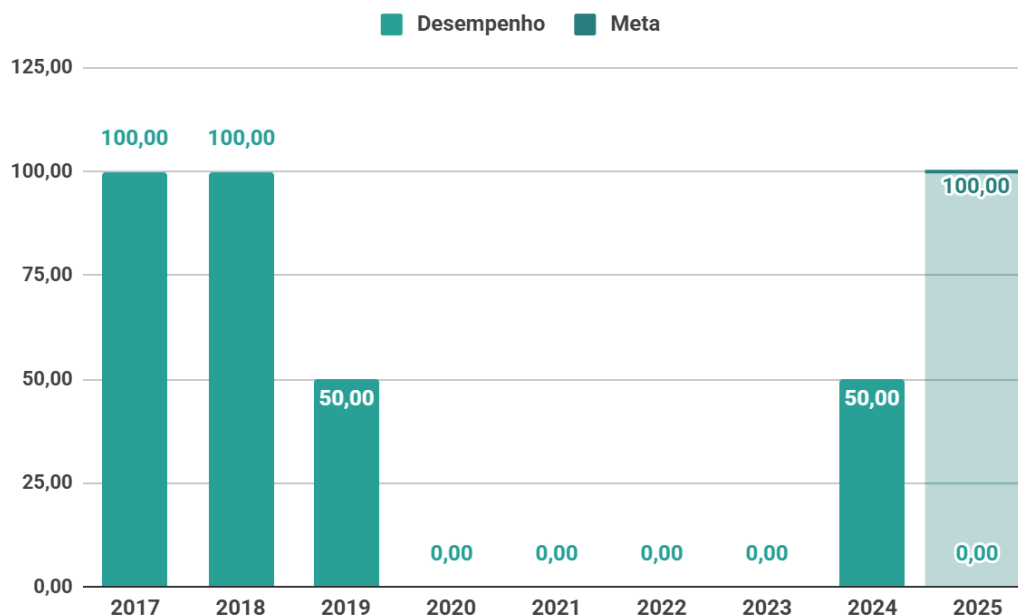
##### CAUSAS

- Não houve alcance da meta pactuada, persistem desafios estruturais e operacionais que impactam a sustentabilidade do indicador. Observa-se heterogeneidade no desempenho entre municípios, com variações na capacidade de execução da busca ativa e no acompanhamento integral dos contatos pela Atenção Primária à Saúde.
- Também foram identificadas fragilidades relacionadas à qualidade e à oportunidade dos registros no Sinan, incluindo preenchimento incompleto e registro tardio das informações, o que pode comprometer a mensuração real do indicador. Além disso, ainda há dificuldades no fluxo entre identificação do

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | contato, encaminhamento para avaliação e conclusão da investigação, resultando em perdas de seguimento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|              | - Esses fatores evidenciam a necessidade de qualificação contínua dos processos de trabalho, tendo em vista a falta de alcance da meta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>AÇÕES</b> | - Ao longo do ano, foram desenvolvidas ações estratégicas pelo GT Tuberculose/SESA-CE, incluindo capacitações em serviço nas COADS de Crateús e atividades em Nova Russas, realização do Curso de Vigilância e Manejo Clínico da Tuberculose na Superintendência de Fortaleza, expansão do circuito rápido de aids avançada, disponibilização do LF-LAM em todos os Serviços de Atenção Especializada, reestruturação do Comitê Estadual de Tuberculose, retomada do Comitê de Óbitos por Tuberculose com reuniões mensais e fortalecimento de parcerias com a Secretaria de Atenção à Saúde Prisional, Distrito Especial de Saúde Indígena e Projeto Mais Saúde Menos TB junto ao Ministério Público. Destaca-se ainda a Campanha Estadual de Tuberculose 2026 como estratégia estruturante, com foco no monitoramento e tratamento dos contatos, aliada ao lançamento de materiais educativos já confeccionados, visando mobilizar as equipes municipais e fortalecer a prevenção da doença. |

**Meta 2.1.3:** Assegurar 100% de cobertura das vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança. (%)

| Indicador                                                                                            | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais adequadas | Quanto maior, melhor | COIMU | 100,00%   | 0,00%     | 0,00%      |
| <b>Série Histórica</b>                                                                               |                      |       |           |           |            |



### Análise de Desempenho

Embora a meta do indicador não tenha sido alcançada, destaca-se que, ao analisar as coberturas vacinais por imunizante, observa-se uma tendência de aproximação à meta mínima preconizada de 95%, evidenciando um processo consistente de retomada da vacinação.

Considerando os dados do período de janeiro a dezembro de 2025 (acesso em 12/02/2026), verificam-se as seguintes coberturas vacinais: pentavalente (92%), poliomielite (92%), pneumocócica 10-valente (94%) e tríplice viral (92%). Ressalta-se que, apesar dos avanços observados, nenhuma das vacinas atingiu a meta estabelecida de 95%, o que resultou em indicador de proporção igual a zero.

Importante destacar que os dados apresentados são preliminares e sujeitos a atualização, tendo em vista que a base permanece aberta para inserção e qualificação das informações.

No período analisado, foram intensificadas diversas ações estratégicas com vistas à ampliação das coberturas vacinais, dentre as quais se destacam: o monitoramento e a supervisão dos Planos Municipais de Vacinação nos 184 municípios; a realização de quatro dias de mobilização (Dia D); a elaboração e publicação de materiais informativos; a condução da Campanha de Multivacinação; e a realização de treinamentos voltados ao uso e qualificação dos sistemas de informação.

Essas iniciativas refletem o esforço contínuo de fortalecimento do programa de imunização, com foco na ampliação do acesso, na qualificação dos registros e na sensibilização da população quanto à importância da vacinação.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

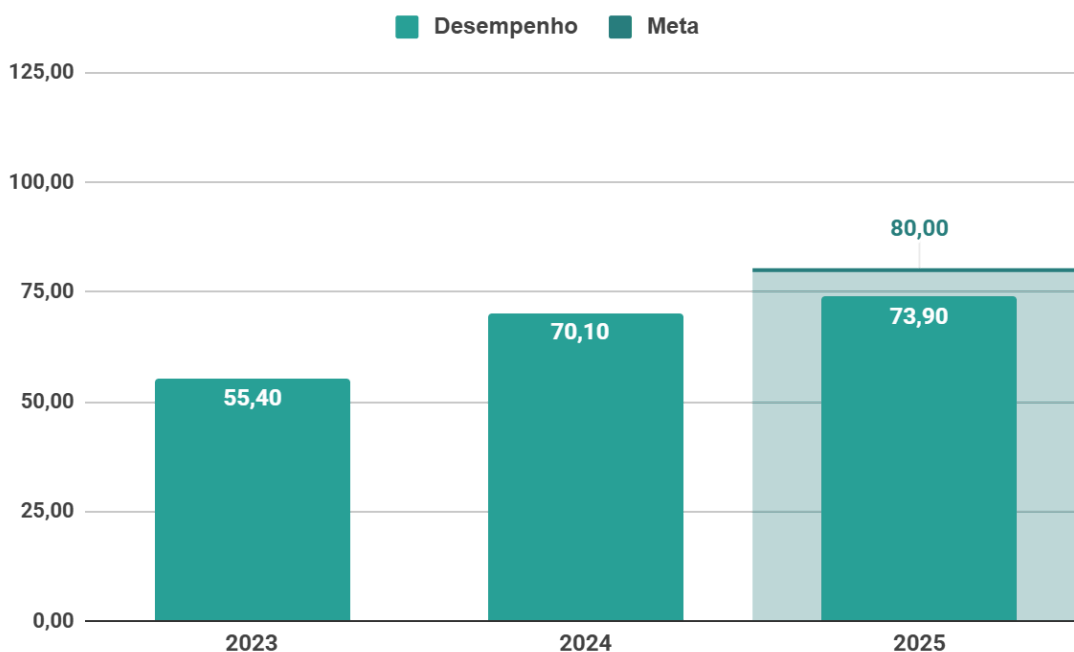
#### FATOS

- O indicador mede a proporção das vacinas selecionadas com coberturas vacinais adequadas. O denominador para cálculo de cobertura vacinal, para o período, é definido com base na estimativa populacional. A meta anual de vacinação deve ser transformada em meta mensal, dividindo-se a população-alvo total por 12 meses. O resultado da divisão representa a meta de cada mês do ano de janeiro a dezembro. Os resultados da vacinação da população-alvo devem ser monitorados mensalmente com o objetivo de identificar falhas na captação da meta mensal, resgatando e vacinando os

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | <p>não vacinados e reduzindo a possibilidade de acumular suscetíveis. Em 2025, foram vacinadas 96.569 crianças com pentavalente, 99.602 com pneumocócica 10v, 95.619 com poliomielite e 96.566 com tríplice viral. Além disso, esses dados são passíveis de atualização diariamente, conforme envio dos registros para Rede Nacional de Dados em Saúde e consolidação no painel do localizassus.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- O não alcance das metas de cobertura vacinal está diretamente relacionado à necessidade de fortalecimento da ferramenta de microplanejamento, instrumento essencial para identificar prioridades, direcionar estratégias e organizar as intervenções conforme as especificidades de cada território. Além disso, faz-se necessário o monitoramento sistemático dos indicadores de vacinação, sobretudo o de cobertura vacinal, possibilitando a tomada de decisões oportunas aos gestores, priorizando áreas classificadas com maior risco epidemiológico. Ressalta-se, ainda, a importância da atualização oportuna e qualificada dos dados nos sistemas de informação, incluindo a correção de inconsistências. Destaca-se que a análise baseada exclusivamente em dados administrativos pode não refletir a cobertura vacinal real, reforçando a necessidade de qualificação dos registros e aprimoramento contínuo dos processos de monitoramento para subsidiar decisões mais assertivas.</li> </ul> |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoramento dos planos municipais e ações programadas/executadas, Dia D mensal, treinamento em sistemas de informação; reuniões quinzenais com os municípios para atualização das estratégias de vacinação; parcerias com sociedades científicas e participação em lives, participação em CIB (pauta mensal fixa).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

**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                                                            | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Proporção de municípios com o teste rápido de hanseníase implantado. | Quanto maior, melhor | COVEP | 80,00%    | 73,90%    | 92,38%     |
| <b>Série Histórica</b>                                               |                      |       |           |           |            |



### Análise de Desempenho

O indicador de Proporção de municípios com o teste rápido de hanseníase implantado reflete a capacidade da Atenção Primária à Saúde de incorporar tecnologias diagnósticas oportunas, especialmente no contexto da vigilância de contatos assintomáticos de casos novos.

Em 2025, foram registrados 136 municípios com o teste implantado, correspondendo a 73,9% do total de 184 municípios do Ceará. Observa-se evolução significativa ao longo do ano, considerando que no primeiro quadrimestre eram 79 municípios (42,9%) e, no segundo, 96 municípios (52,2%). Esse avanço evidencia o fortalecimento da implementação da estratégia, ainda que o resultado permaneça abaixo da meta estabelecida para o período.

Apesar do progresso, persistem desafios relacionados à adesão municipal e à devolutiva adequada dos formulários de aplicação, etapas fundamentais para a consolidação e qualificação dos dados. Soma-se a isso o cenário epidemiológico que ainda demanda atenção: em 2025, foram notificados 1.176 casos novos de hanseníase, além da existência de 56 municípios silenciosos, reforçando a necessidade de intensificação das ações de vigilância, monitoramento e apoio técnico nos territórios.

Diante desse contexto, foram desenvolvidas diversas estratégias para o fortalecimento da resposta estadual. Destaca-se a realização de seminário estadual no âmbito da campanha Janeiro Roxo, voltado à vigilância e à Atenção Primária, com ênfase no diagnóstico precoce e na utilização do teste rápido. Também foi apresentada ao Ministério da Saúde uma análise parcial sobre o uso do teste nos últimos anos, evidenciando avanços e desigualdades regionais.

Adicionalmente, foi promovido webinar direcionado aos profissionais do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), com foco na população indígena, ressaltando a relevância do teste rápido em contextos de maior vulnerabilidade. Entre outras ações, incluem-se o apoio técnico contínuo aos municípios, a pactuação de metas regionais, a construção de painel de monitoramento da cobertura do teste e o incentivo à notificação oportuna.



Complementarmente, foram realizados treinamentos nos municípios de Nova Russas e Croatá, visita técnica do Ministério da Saúde ao LACEN para alinhamento das práticas laboratoriais, além da promoção de atividades educativas em instituições de ensino superior, como a UNIFOR e a Faculdade Ari de Sá, ampliando a sensibilização de futuros profissionais de saúde.

Por fim, destaca-se a realização, em dezembro de 2025, de treinamento em parceria com o Ministério da Saúde e o Centro de Dermatologia Dona Libânia, com foco em Avaliação Neurológica Simplificada, fortalecendo a qualificação das equipes para o manejo adequado dos casos.

De forma geral, o conjunto dessas ações contribui para a ampliação da cobertura do teste rápido, redução da subnotificação e fortalecimento da vigilância e do cuidado integral às pessoas acometidas pela hanseníase no estado.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- O indicador de proporção de municípios com o teste rápido de hanseníase implantado alcançou, até dezembro de 2025, 136 municípios, correspondendo a 73,9% dos 184 municípios do Ceará. Observa-se avanço progressivo ao longo do ano, considerando que no primeiro quadrimestre havia 79 municípios implantados (42,9%) e no segundo quadrimestre 96 municípios (52,2%). Apesar do crescimento expressivo, o resultado ainda se encontra abaixo da meta estabelecida para o ano vigente.</li> <li>- No cenário epidemiológico, em 2025 foram notificados 1.176 casos novos de hanseníase no estado, permanecendo ainda 56 municípios silenciosos, o que indica possível sub detecção de casos e reforça a necessidade de intensificação das ações de vigilância.</li> </ul>                                                                                                              |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apesar do avanço na implantação do teste rápido, ainda persistem desafios relacionados à adesão de parte dos municípios, especialmente quanto à incorporação plena da tecnologia na rotina da Atenção Primária à Saúde.</li> <li>- Observam-se fragilidades no retorno adequado dos formulários de aplicação do teste, o que compromete a consolidação dos dados e o monitoramento fidedigno da cobertura. A existência de 56 municípios silenciosos sugere possíveis dificuldades na detecção precoce, na busca ativa de contatos e na organização da vigilância local.</li> <li>- Também se identificam desigualdades regionais na implementação da estratégia, associadas a limitações de capacitação técnica, rotatividade de profissionais e necessidade de maior integração entre vigilância epidemiológica e assistência.</li> </ul>                                              |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para fortalecimento da resposta estadual, foram realizadas diversas ações ao longo do ano, incluindo a realização de seminário estadual no Janeiro Roxo, direcionado à vigilância e à Atenção Primária, com ênfase no diagnóstico precoce e uso adequado do teste rápido. Foi apresentada ao Ministério da Saúde análise parcial do uso do teste rápido nos últimos anos, no âmbito do monitoramento nacional, evidenciando avanços e desafios regionais. Também foi realizado webinar voltado aos profissionais do DSEI, com foco na população indígena.</li> <li>- Destacam-se ainda o apoio técnico contínuo aos municípios, a pactuação de metas regionais, a construção de painel de monitoramento da cobertura do teste rápido, incentivo à notificação oportuna, treinamentos realizados em Nova Russas e Croatá, visita técnica do Ministério da Saúde aos LACEN para</li> </ul> |

alinhamento das práticas laboratoriais, promoção de aulas em instituições de ensino superior como UNIFOR e Faculdade Ari de Sá, e, em dezembro de 2025, treinamento em parceria com o Ministério da Saúde e o Centro de Dermatologia Dona Libânia sobre Avaliação Neurológica Simplificada.

## Desempenho das Entregas

| Entrega                  | Área           | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|--------------------------|----------------|-----------|-----------|------------|
| Unidade de Saúde Mantida | COVEP<br>COVAT | 9         | 9         | 100%       |

### Análise de Desempenho

No período de janeiro a dezembro de 2025, os serviços vinculados à Vigilância em Saúde do Estado apresentaram os seguintes resultados:

#### 1. Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN)

Total de análises realizadas: 1.317.120 exames laboratoriais, dos quais 970.525 corresponderam a exames de interesse da Vigilância Epidemiológica, 198.936 da Vigilância Ambiental, 11.434 da Vigilância Sanitária, 2.541 da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Os Laboratórios Regionais de Saúde Pública também realizaram 133.684 exames básicos (análises clínicas).

#### 2. Serviço de Verificação de Óbitos (SVO)

Atendimentos realizados: 4.283 atendimentos. Destes, 864 remoções de corpos e 1.058 atendimentos do SVO Móvel. Foram realizadas 1.719 necropsias no período. Produções do Núcleo de Epidemiologia: 53 Relatórios de Atendimento, 3 Cenários Epidemiológicos de Óbitos Infantis e Natimortos, 2 Cenários Epidemiológicos de Óbitos por Tuberculose, 12 Boletins Epidemiológicos. 572 atendimentos na sede.

#### 3. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CEREST/CE)

Total de procedimentos realizados: 2.288 procedimentos, sendo: 146 de assistência, 50 denúncias, 243 atividades educativas, 78 vigilância nos ambientes e processos de trabalho, 1.636 vigilância em saúde do trabalhador, 14 grupos na temática STT, 43 apoio matricial, 36 apoio institucional e 42 ações de controle social em saúde do trabalhador.

#### 4. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e Trabalhadora e Saúde Ambiental Zé Maria do Tomé (CERESTA/CE)

Total de procedimentos realizados: 992 procedimentos, sendo: 343 Vigilância da situação de saúde dos trabalhadores, 105 Apoio Matricial e institucional, 30 Atividade de educação Permanente, 104 Atividade educativa em saúde do trabalhador, 54 Inspeção Sanitária em Saúde do Trabalhador, 04 Recebimento de denúncia, 10 Visita domiciliar em saúde do trabalhador, 115 Consulta de profissionais (exceto médico), 18 Acompanhamento de pacientes com agravos ou sequelas relacionados ao trabalho, 50 Emissão de nexo causal, 159 Consulta Médica em Saúde do Trabalhador.

| Entrega                      | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Unidade de Saúde Estruturada | SEVIG | 4         | 3         | 75%        |

#### Análise de Desempenho

Consolidação das Ações – Janeiro a dezembro de 2025

Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN)

Reforma do refeitório do LACEN em Fortaleza.

Foram adquiridos seis novos equipamentos para a Rede Lacen (5 para o LACEN em Fortaleza e 1 para o LACEN em Tauá), destinadas ao diagnóstico rápido e preciso de tuberculose, hepatites B e C, além da carga viral do HIV, utilizando técnica de biologia molecular.

Serviço de Verificação de Óbito (SVO)

Concluídas as reformas estruturais em diferentes setores:

Centro de Estudos;

Necrotério;

Regulação.

Aquisição de três novas geladeiras para o serviço.

Coordenação de Imunizações (COIMU)

Considerando as tratativas referente à reformulação da estrutura da rede de imunobiológicos especiais, conforme portaria ministerial -Portaria GM/MS Nº 6.623, DE 14 de fevereiro de 2025, e a necessidade contida no NUP 24001.088953/2025-14, que versa sobre proposta de transferência do CRIE HIAS para o Hospital Universitário do Ceará, a COMAS/SESA solicita que as tratativas referente a estruturação dos demais CRIE nas regiões do Sertão Central e Litoral Leste, ocorram posteriormente a fim de otimizar o tempo e alinhar procedimentos e definições estratégicas.

| Entrega           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Documento Emitido | SEVIG | 612       | 633       | 103%       |

#### Análise de Desempenho

De janeiro a dezembro de 2025, foram liberadas 633 licenças sanitárias. A concessão da licença está condicionada ao cumprimento das Boas Práticas, ou seja, à conformidade do estabelecimento com as normas vigentes no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que regulamentam o seu funcionamento.

O processo de liberação ocorre a partir da solicitação realizada pelo setor regulado no sistema Saúde Digital, sendo a inspeção sanitária efetuada posteriormente para verificação e monitoramento das condições estabelecidas.

| Entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Área           | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|-----------|------------|
| Material Distribuído                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | COVAT<br>COVEP | 184       | 184       | 100%       |
| <b>Análise de Desempenho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |           |           |            |
| <p>No período de janeiro a dezembro de 2025, a COVAT promoveu a distribuição de diversos insumos estratégicos, incluindo materiais laboratoriais, inseticidas e recursos educativos voltados às ações de enfrentamento da Doença de Chagas, Esquistossomose, Tracoma e Leishmaniose. Foram distribuídos 552 testes rápidos para diagnóstico da leishmaniose animal (Kit DPP), 35.000 seringas, 79 kits Kato-Katz e 156 lupas palpebrais destinadas ao diagnóstico do tracoma.</p> <p>Adicionalmente, foram entregues fardamentos aos servidores da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) cedidos aos municípios, totalizando 120 camisas, 85 bonés, 28 bolsas de endemias e 15 jalecos, bem como 119 conjuntos de Equipamentos de Proteção Individual — compostos por vestimenta hidropelente, máscara facial e filtro — assegurando a proteção dos profissionais durante o manuseio de inseticidas.</p> <p>Também foram distribuídos materiais educativos, contemplando 16.034 unidades sobre raiva, 1.416 sobre tracoma, 1.398 referentes à Doença de Chagas e 200 voltados à leishmaniose.</p> |                |           |           |            |

| Entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Área  | Meta 2025  | Realizado  | Execução % |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|------------|------------|
| Material de Imunização Distribuído                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SEVIG | 22.488.330 | 23.250.798 | 103%       |
| <b>Análise de Desempenho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |            |            |            |
| <p>De janeiro a dezembro de 2025, foram distribuídos 23.250.798 itens, incluindo vacinas, soros, imunoglobulinas e seringas/agulhas, o que corresponde a 103,39% da meta anual estimada, sendo:</p> <p><b>Imunobiológicos:</b> 12.610.764 unidades entregues;</p> <p><b>Seringas:</b> 10.640.034 unidades distribuídas;</p> <p>Essas entregas reforçam as estratégias de imunização e saúde pública, contribuindo para a ampliação da cobertura vacinal e garantindo o fornecimento dos insumos necessários para a execução das campanhas de vacinação.</p> |       |            |            |            |

| Entrega                                     | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------------------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Campanha para PCTs e Pessoa Negra realizada | SEVIG | 1         | 1         | 100,00%    |
| <b>Análise de Desempenho</b>                |       |           |           |            |

A Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa) realizou uma ação de intensificação da vacinação do povo quilombola da comunidade de Pindoba, em Aratuba. O trabalho, realizado pela equipe da Coordenadoria de Imunização (Coimu) da pasta, teve início na Escola de Ensino Infantil e Fundamental Francisco Nunes Neto, no Maciço de Baturité, e depois seguiu para a Associação dos Remanescentes do Quilombo da Pindoba.

A atividade realizada no colégio, integra a Estratégia de Vacinação nas Escolas, que promove ações em parceria com as instituições educacionais municipais e estaduais, para a conscientização sobre a imunização. Foram realizadas rodas de conversa, aferição de pressão, medição de glicemia e vacinação contra a influenza, covid-19, HPV e demais vacinas de rotina para a população quilombola, estudantes e professores. A programação contou com a parceria da Secretaria de Igualdade Racial (Seir), Secretaria da Educação (Seduc) e das pastas da saúde e da educação do município.

| Entrega                               | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Campanha para pessoa LGBTI+ realizada | SEVIG | 1         | 1         | 100%       |

#### Análise de Desempenho

Foi realizada campanha de mídia sobre a importância da vacinação da população, com ampla divulgação nas redes sociais da SESA, reforçando a conscientização e o engajamento da sociedade nas ações de imunização.

## Relação de Projetos e Planos de Ação Estratégicos

| ID | Secretaria | Título                                                        | Classificação        | Responsável       | Status               | Observação                                                                            |
|----|------------|---------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | SEVIG      | Vigilância oportuna de contatos de casos novos de tuberculose | <b>Plano de Ação</b> | Ana Maria Peixoto | <b>Concluído</b>     | O plano contém 12 ações todas concluídas (Plano Concluído)                            |
| 2  | SEVIG      | Vigilância do diagnóstico precoce de Hanseníase               | <b>Plano de Ação</b> | Ana Maria Peixoto | <b>Monitoramento</b> | O plano contém 10 ações monitoradas, sendo:<br>- 01 em andamento.<br>- 09 concluídas. |

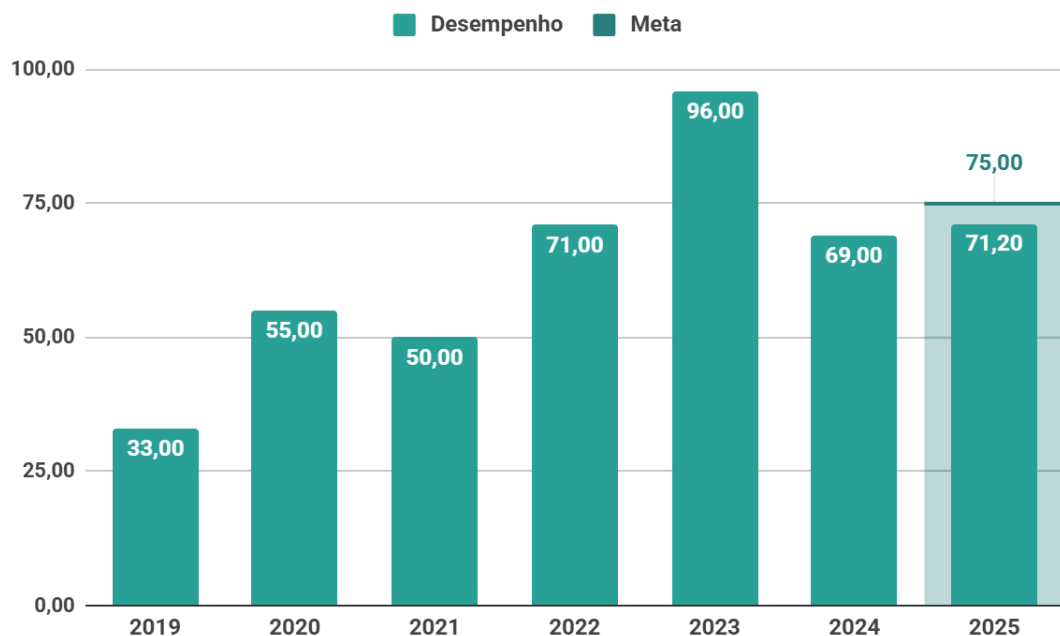
**Objetivo 2.2:** Fortalecer a regionalização das ações e dos serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador para proteção da saúde da população.

### Desempenho dos Indicadores

**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                                                              | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária | Quanto maior, melhor | COVIS | 75,00%    | 71,20%    | 94,93%     |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

A Vigilância Sanitária realiza o acompanhamento sistemático de sete ações estratégicas, com base em dados provenientes do DATASUS, com o objetivo de subsidiar a gestão, qualificar as práticas e promover maior transparência e eficiência nas intervenções. Essas ações, registradas nos sistemas oficiais, compõem um conjunto de indicadores essenciais para o monitoramento do desempenho dos territórios, o fortalecimento da tomada de decisão e a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

**As ações monitoradas são:**

- Cadastro de estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária;
- Inspeção em estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária;
- Realização de atividades educativas voltadas à população;
- Recebimento de denúncias;
- Atendimento às denúncias recebidas;
- Realização de atividades educativas direcionadas ao setor regulado;
- Instauração de processos administrativos sanitários.

O monitoramento contínuo dessas ações permite avaliar a capacidade operacional dos serviços de Vigilância Sanitária, identificar fragilidades, orientar intervenções e promover a melhoria contínua das ações de controle sanitário, contribuindo para a proteção da saúde da população.

**Análise Fato-Causa-Ação (FCA)**

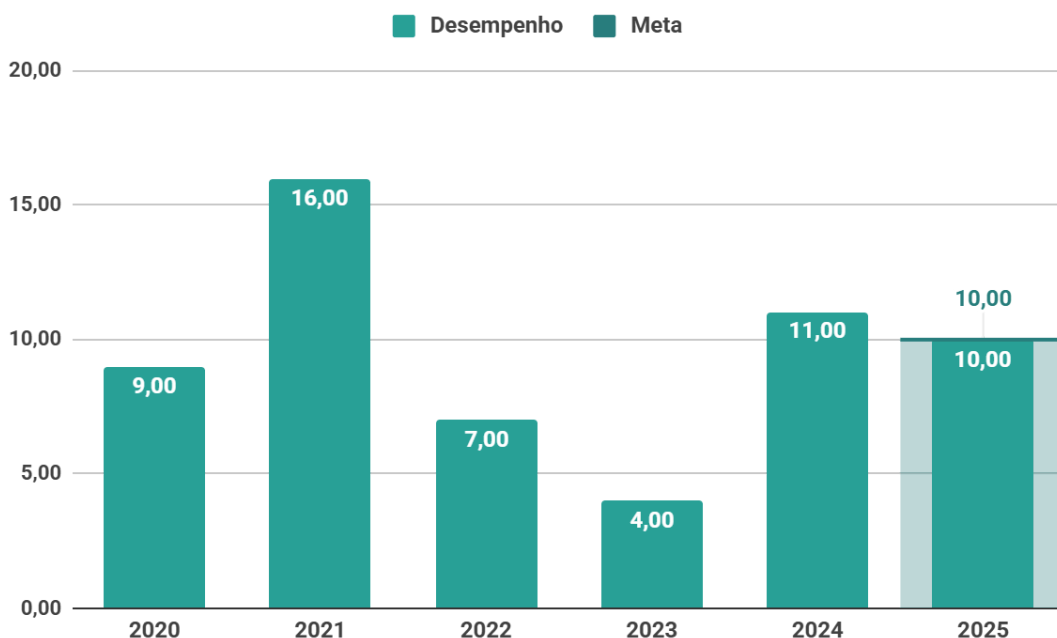
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Considerando que a transferência da base de dados do DATASUS/SIA/SUS ocorreu de forma regular, com a disponibilização integral das informações referentes ao período de janeiro a dezembro (71,2%), foi possível alcançar desempenho satisfatório, com comprimento acumulado de 94,93% da meta. Esse resultado evidencia o elevado nível de empenho das Superintendências e das COADS no acompanhamento, monitoramento e apoio às ações desenvolvidas junto aos municípios.                                                                               |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inconsistências no registro dos dados do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) no sistema SIA/SUS, no âmbito da Vigilância Sanitária, uma vez que os lançamentos são realizados pelo setor de Controle e Avaliação, sendo que qualquer divergência na codificação dos procedimentos impacta diretamente nos resultados consolidados.</li> <li>- Dificuldades operacionais e técnicas por parte dos profissionais responsáveis quanto à abertura e instauração de processos administrativos sanitários.</li> </ul> |
| <b>AÇÕES</b>  | - Realização de reuniões técnicas e ações de capacitação junto às áreas técnicas das Superintendências e COADS, voltadas à atualização e alinhamento dos indicadores, bem como desenvolvimento de processos formativos em parceria com a Escola de Saúde Pública.                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

**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. (Unid.)

| Indicador                                                          | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Número de unidades de saúde hospitalar que aderiram a rede RENAVEH | Quanto maior, melhor | COVEP | 10        | 10        | 100,00%    |

**Série Histórica**





### Análise de Desempenho

O indicador tem como objetivo monitorar a ampliação do número de unidades hospitalares vinculadas à Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH) no estado do Ceará, contribuindo para o fortalecimento da vigilância epidemiológica hospitalar e para a ampliação da capacidade de resposta a eventos de interesse em saúde pública.

No período avaliado, a meta anual estabelecida foi a adesão de 10 unidades hospitalares à RENAVEH. O resultado acumulado atingiu integralmente o previsto, com a adesão de 10 unidades, correspondendo a 100% da meta planejada, o que evidencia desempenho satisfatório e alinhado ao programado.

O cumprimento da meta reflete o êxito das ações de articulação institucional e do apoio técnico ofertado às unidades hospitalares, não sendo identificados fatores limitantes que tenham impactado negativamente o desempenho do indicador no período analisado.

#### As unidades hospitalares que aderiram à RENAVEH foram:

Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbster – CNES 2554798  
Hospital e Maternidade Maria Suelly Nogueira Pinheiro – CNES 2328119  
Hospital e Maternidade Regional São Francisco – CNES 2527413  
Hospital Municipal Eduardo Dias – CNES 2372967  
Hospital Dr. Edmilson Barros de Oliveira (Messejana) – CNES 2516667  
Hospital de Pequeno Porte de Caridade – CNES 2611643  
Hospital e Maternidade Ester Cavalcante Assunção – CNES 2724308  
Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza – CNES 2651394  
Hospital Maternidade Padre José Bezerra Filho – CNES 2328070  
Hospital Geral Manoel Assunção Pires

A ampliação da rede RENAVEH no estado representa um avanço importante na qualificação da vigilância epidemiológica hospitalar, fortalecendo a detecção, notificação e resposta oportuna aos agravos e eventos de relevância em saúde pública.



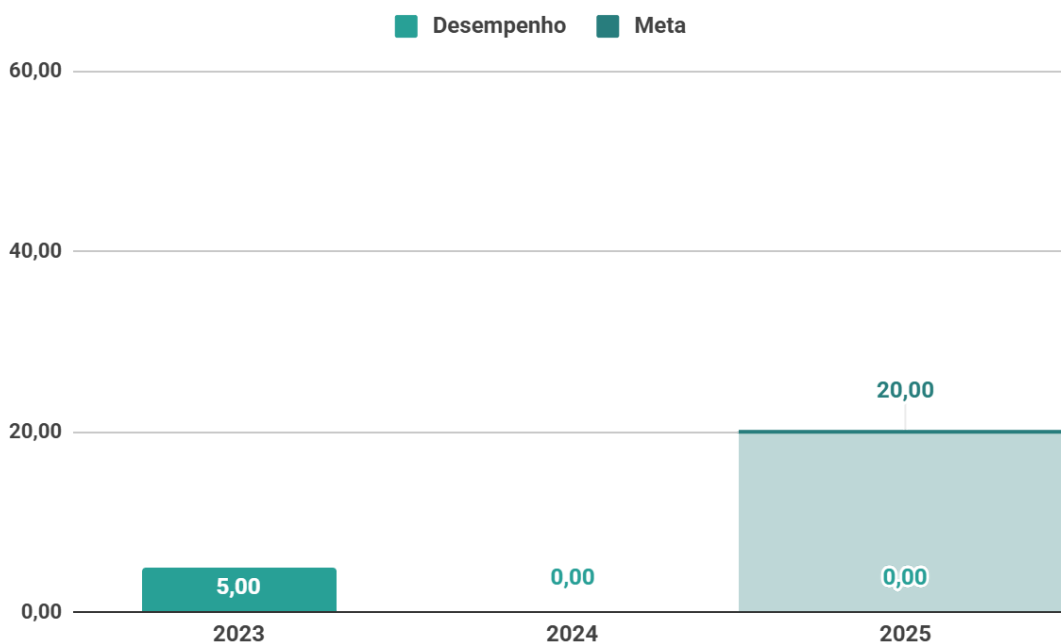
### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Meta anual de adesão de unidades hospitalares à RENAVEH alcançada no período analisado.</li><li>- Resultado acumulado de 10 unidades hospitalares aderidas, correspondendo a 100% da meta planejada.</li></ul>                                                                                                                            |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Atuação articulada da área técnica junto às unidades hospitalares.</li><li>- Apoio técnico contínuo para implantação e fortalecimento dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.</li><li>- Sensibilização das gestões hospitalares quanto à importância da vigilância epidemiológica hospitalar.</li></ul>                                |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Manter a estratégia de articulação institucional e apoio técnico às unidades hospitalares.</li><li>- Dar continuidade às ações de sensibilização para ampliação progressiva da RENAVEH até 2027.</li><li>- Monitorar regularmente a adesão e o funcionamento dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia nas unidades vinculadas.</li></ul> |

**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                                                         | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de municípios realizando ações de saúde do trabalhador | Quanto maior, melhor | COVAT | 20,00%    | 0         | 0,00%      |

### Série Histórica



### Análise de Desempenho

O indicador tem como finalidade mensurar a atuação dos municípios no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS no Ceará, a partir da análise de dados oriundos dos sistemas de informação em saúde (SINAN, SISAB-AB, SIA e SIH). Trata-se de um indicador composto por cinco ações (critérios), que expressam diferentes dimensões da vigilância em saúde do trabalhador.

Para o ano de 2025, a meta pactuada estabeleceu que 20% dos 184 municípios deveriam cumprir integralmente os cinco critérios definidos. A análise dos resultados por critério evidenciou o seguinte desempenho: (1) notificações de agravos relacionados ao trabalho realizadas em 93 municípios (50,5%); (2) notificação de doenças relacionadas ao trabalho em 39 municípios (21,1%); (3) realização de inspeção sanitária em saúde do trabalhador em 19 municípios (10,3%); (4) registro de atividades de educação em saúde do trabalhador em 27 municípios (14,6%); e (5) notificação de causas externas e agravos relacionados ao trabalho, critério avaliado por Região de Saúde, com alcance na Região de Saúde de Fortaleza (20%).

Para pontuação do indicador, é necessário que os municípios atinjam simultaneamente as metas dos quatro primeiros critérios, conforme definição por grupo populacional, além do cumprimento do critério 5 no âmbito regional. A análise global aponta para o não alcance da meta estabelecida, uma vez que, embora os critérios 1, 2 e 5 tenham atingido o percentual mínimo de 20%, os critérios 3 e 4 — relacionados a procedimentos ambulatoriais — não alcançaram o desempenho esperado, apesar de estarem sendo executados.

Destaca-se que a Região de Saúde de Fortaleza atingiu o critério 5, o qual é realizado exclusivamente em ambiente hospitalar, cumprindo a meta proposta. No entanto, a necessidade de avanço nos critérios relacionados à inspeção sanitária e às ações educativas evidencia desafios na consolidação das práticas de vigilância em saúde do trabalhador no território.

Com o objetivo de fortalecer o desempenho dos municípios, foram desenvolvidas diversas ações de capacitação e apoio técnico, tanto presenciais quanto virtuais, abordando diretamente os componentes do indicador. Dentre as principais iniciativas, destacam-se: reuniões de análise e apoio técnico sobre o indicador e os sistemas de informação; oficinas temáticas em parceria com instituições de ensino; acompanhamento de planos de ação para institucionalização da VISAT; capacitações sobre vigilância de agravos específicos, como trabalho infantil e intoxicação por agrotóxicos; ações educativas e preventivas em territórios prioritários; articulação com o Ministério da Saúde e com os CERESTs; além da realização de seminários, fóruns e encontros regionais voltados ao fortalecimento da política de saúde do trabalhador.

Essas ações refletem o esforço contínuo de qualificação da vigilância em saúde do trabalhador no estado, com vistas à ampliação da capacidade de resposta dos municípios, à melhoria da qualidade dos registros e à consolidação das práticas de promoção, prevenção e vigilância dos agravos relacionados ao trabalho.

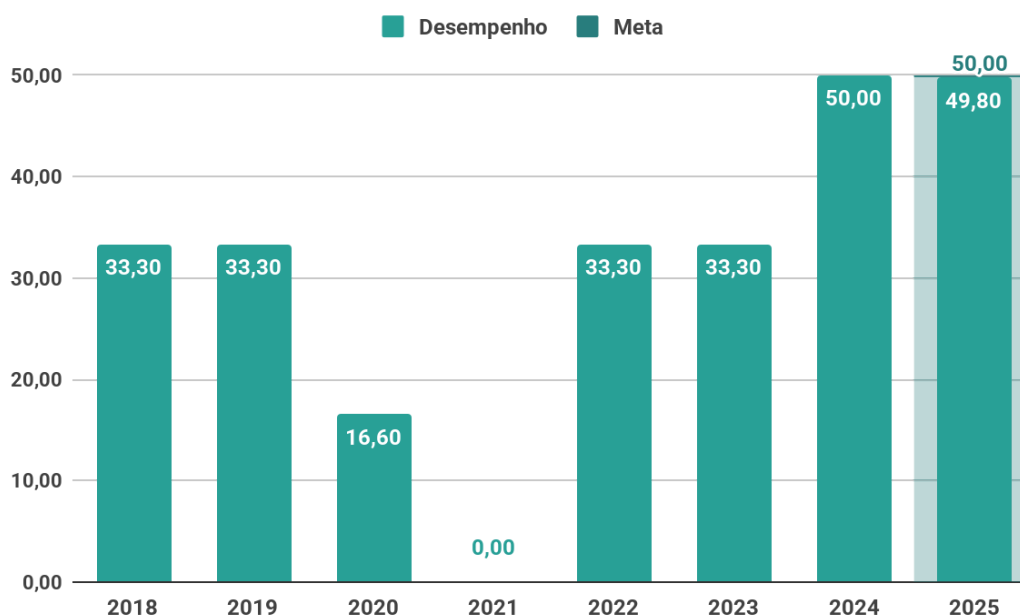
#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Das 5 ações, 3 critérios alcançaram a meta proposta, portanto, como trata-se de um indicador composto, a meta não foi alcançada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>CAUSAS</b> | - Para os critérios 3 e 4 está ocorrendo uma migração do sistema de informação SIA e SIH do Datasus Tabnet para o sistema SISAB do e-SUS, alguns municípios do estado do Ceará aderiram a migração e outros não, isso causa um problema na coleta de dados, tendo em vista que pactuamos no Plano Estadual os dados colhidos apenas do DATASUS e o MS ainda não está validando os dados em migração. Essa problemática já foi comunicada à SEPLAG em reunião virtual, para que esses indicadores sejam excluídos.                                                |
| <b>AÇÕES</b>  | - Distribuição da equipe técnica da CEVIT para acompanhar o indicador mensalmente por Região de Saúde (Referências Técnicas em VISAT, Responsável técnico pela vigilância em Saúde do Trabalhador das COADS e Cerests das regiões de saúde. Realização do curso de Vigilância e Notificação dos Agravos e Doenças relacionadas ao trabalho nas Regiões de Saúde Sertão Central e Norte/Sobral. Desenho metodológico do curso de Cartografia dos Processos Produtivos na COADS Canindé e Quixadá. Revisão dos critérios 3, 4 e 5 do indicador para o ano de 2026. |

**Meta 2.2.4:** Ampliar as ações de vigilância e o controle das zoonoses, entomologia e animais peçonhentos no Ceará. (%)

| Indicador                                                                                                                  | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de desempenho do monitoramento das ações de zoonoses, entomologia e controle de vetores com foco na saúde única | Quanto maior, melhor | COVAT | 50,00%    | 49,80%    | 99,60%     |

### Série Histórica



### Análise de Desempenho

O indicador tem como objetivo implementar e monitorar as ações de vigilância e controle de zoonoses, entomologia e acidentes por animais peçonhentos, conforme diretrizes nacionais, no âmbito do SUS, em alinhamento aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

No que se refere ao desempenho da CEVET em 2025, das cinco ações pactuadas, três atingiram integralmente as metas estabelecidas, resultando em um desempenho global de 49,8%. As demais ações foram executadas, porém não alcançaram os percentuais pactuados. Dentre estas, destaca-se a ação relacionada à Doença de Chagas, cujo indicador — proporção de unidades domiciliares pesquisadas em relação às programadas, conforme o risco de transmissão vetorial — alcançou 55,4% (273.081/493.227), abaixo da meta de 80%. De forma semelhante, a ação voltada aos acidentes por animais peçonhentos atingiu 71%, também aquém do esperado.

Em contrapartida, observa-se desempenho expressivo em outras áreas estratégicas. No componente de arboviroses, todos os municípios realizaram os quatro ciclos de LIRAA/LIA preconizados em 2025, atingindo 99,60% da meta anual e consolidando a regularidade da vigilância da infestação predial no estado. Em relação ao monitoramento por ovitrampas, verificou-se avanço na incorporação da estratégia: três municípios apresentaram monitoramento contínuo (39 a 53 semanas), seis mantiveram frequência mensal, um apresentou cobertura intermediária e o município de Canindé permaneceu abaixo do recomendado, indicando necessidade de reforço operacional. Destaca-se, ainda, a expansão da estratégia com capacitação de mais 28 municípios, totalizando 39 aptos a utilizar ovitrampas em 2026, o que amplia a sensibilidade da vigilância entomológica e a atuação baseada em risco.

No âmbito da leishmaniose visceral, o indicador demonstra relevância para o fortalecimento das ações de vigilância e controle, sobretudo por meio da testagem canina com TR DPP, que possibilita estimar a prevalência da infecção e o risco de transmissão para humanos. No período analisado, o estado alcançou 41,2% (227.488/551.796) de cães examinados, superando a meta pactuada de 23,3%, evidenciando desempenho satisfatório.

Quanto ao tracoma, o indicador também apresentou resultado positivo. A estratégia de busca ativa em escolares da rede pública do 1º ao 5º ano, nos municípios prioritários, atingiu 55,7% de cobertura (231.476 de 414.940), superando a meta estabelecida e reforçando a importância das ações de vigilância nesse grupo populacional.

De modo geral, os resultados evidenciam avanços importantes na execução das ações de vigilância, especialmente nas áreas de arboviroses, leishmaniose e tracoma. Por outro lado, persistem desafios no alcance das metas relacionadas à Doença de Chagas e aos acidentes por animais peçonhentos, indicando a necessidade de intensificação das estratégias operacionais, qualificação das ações em campo e fortalecimento do monitoramento nos territórios prioritários.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- No que se refere ao desempenho do indicador da CEVET, das cinco ações pactuadas para 2025, três alcançaram integralmente as metas estabelecidas, correspondendo a um desempenho global de 49,8%. As outras duas ações foram executadas, porém não atingiram as metas pactuadas. Dentre estas, destaca-se a ação relacionada à Doença de Chagas, cujo indicador — proporção de unidades domiciliares pesquisadas em relação às programadas por município, conforme o risco de transmissão vetorial — atingiu, no período de janeiro a dezembro de 2025, o percentual de 55,4% (273.081/493.227), abaixo da meta pactuada de 80%. Animais peçonhentos: alcance de 71% abaixo do preconizado de 80%.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escassez de recursos humanos na maioria dos municípios;</li> <li>- Priorização nas ações de combate a transmissão das arboviroses no primeiro semestre;</li> <li>- Fortes chuvas inviabilizaram o trabalho dos agentes de endemias nas localidades rurais; Demanda crescente nas ações de arboviroses em zona urbana. Número de ACEs insuficientes para desenvolver as ações de campo. Insumos e transporte insuficiente para desenvolver as ações de campo, principalmente na zona rural.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>AÇÕES</b>  | <p><b>Arboviroses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização dos ciclos de LIRAA/LIA conforme preconizado;</li> <li>- Monitoramento contínuo com ovitrampas nos municípios implantados;</li> <li>- Capacitação de equipes municipais e expansão gradual da estratégia;</li> <li>- Análise dos dados para estratificação de risco e direcionamento de ações (eliminação de criadouros, mobilização social e controle químico focal);</li> </ul> <p><b>Leishmaniose:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de capacitação para os agentes de combate às endemias do município de Maracanaú;</li> <li>- Realização de treinamento em serviço para os novos agentes de combate às endemias do município de Hidrolândia com aula prática de teste rápido;</li> <li>- Realização de capacitação sobre leishmaniose visceral canina (LVC) para os agentes de combate às endemias em Saúde Indígena (ACESI) do Distrito Sanitário Especial Indígena Ceará (DSEI/CE);</li> <li>- Realização de treinamento em serviço para os agentes de combate às endemias do município de Canindé com aula prática de teste rápido;</li> <li>- Realização de capacitação para os agentes de combate às endemias do município de Caucaia;</li> </ul> |

- Fortalecimento das ações de vigilância do reservatório canino, educação permanente em saúde, sensibilização da gestão municipal quanto à importância das leishmanioses como um grave problema de saúde pública.

**Tracoma:**

- Qualificação das notificações no SINAN;
- Inquérito de tracoma nos povos indígenas dos polos base de Maracanaú, Caucaia, Itarema e Crateús;
- Treinamento em serviço para os profissionais de saúde de Morada Nova.

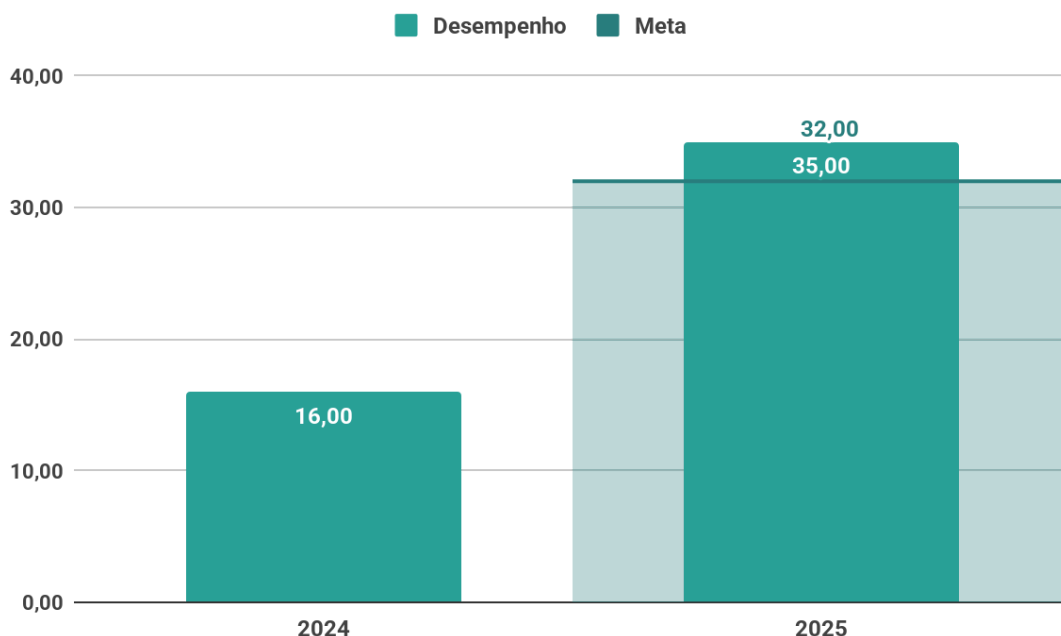
**Doença de Chagas:**

- Monitoramento dos instrumentos das ações de vigilância e controle vetorial dos triatomíneos (vetores do Trypanosoma cruzi – agente etiológico da doença de Chagas);
- Sensibilização dos técnicos e gestores municipais quanto a necessidade de desenvolver ações voltadas para o controle de triatomíneos domiciliados conforme o risco de transmissão vetorial;
- Intensificação das atividades em áreas rurais que cessaram as chuvas e que possuem condições de tráfego;
- Discussão do tema em diversas instâncias. Propostas de atividades complementares com participação da comunidade através dos PITs. Estímulo à priorização de áreas de alto risco;
- Descentralização de insumos e equipamentos para os municípios e ADS;
- Capacitação de profissionais de saúde quanto à vigilância e controle da doença de Chagas.

**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. (Unid.)

| Indicador                                                                                                   | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Número de municípios do Ceará que decretaram situação de emergência com o Programa Vigidesastres Implantado | Quanto maior, melhor | COVAT | 32        | 35        | 109,38%    |

**Série Histórica**



### Análise de Desempenho

O indicador tem como objetivo monitorar a implantação da Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres (Vigidesastres) em 64 municípios do estado do Ceará, com foco no fortalecimento da capacidade territorial para identificação de vulnerabilidades, redução de riscos e mitigação dos impactos dos desastres sobre a saúde da população.

Segundo o Sistema Integrado de Informações sobre Desastres (S2ID, 2026), ao longo de 2025 foram realizados 85 reconhecimentos, abrangendo 48 municípios com decretos de situação de emergência decorrentes de desastres de origem climatológica e hidrometeorológica, como seca, estiagem e chuvas intensas.

Para o período avaliado, a meta anual estabelecida correspondia à implantação do programa em 16 municípios, com meta cumulativa de 32 municípios ao final do período. No entanto, o indicador registrou a cobertura de 35 municípios, atingindo 109,38% da meta planejada. Esse desempenho demonstra elevado engajamento técnico e institucional, bem como a efetividade das estratégias adotadas para a consolidação do programa.

A superação da meta está associada às ações estruturantes desenvolvidas ao longo do ano, incluindo:

- Publicação de nota técnica orientadora;
- Realização de capacitações online voltadas à qualificação das equipes estaduais e municipais;
- Participação ativa em comitês intersetoriais;
- Produção e disseminação de boletins informativos, alertas e informes;
- Condução de reuniões técnicas com órgãos externos detentores de expertise em gestão de desastres.

Essas iniciativas contribuíram para ampliar a capacidade de vigilância, fortalecer a gestão de riscos e assegurar maior prontidão na resposta aos desastres, promovendo a proteção da saúde da população cearense.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

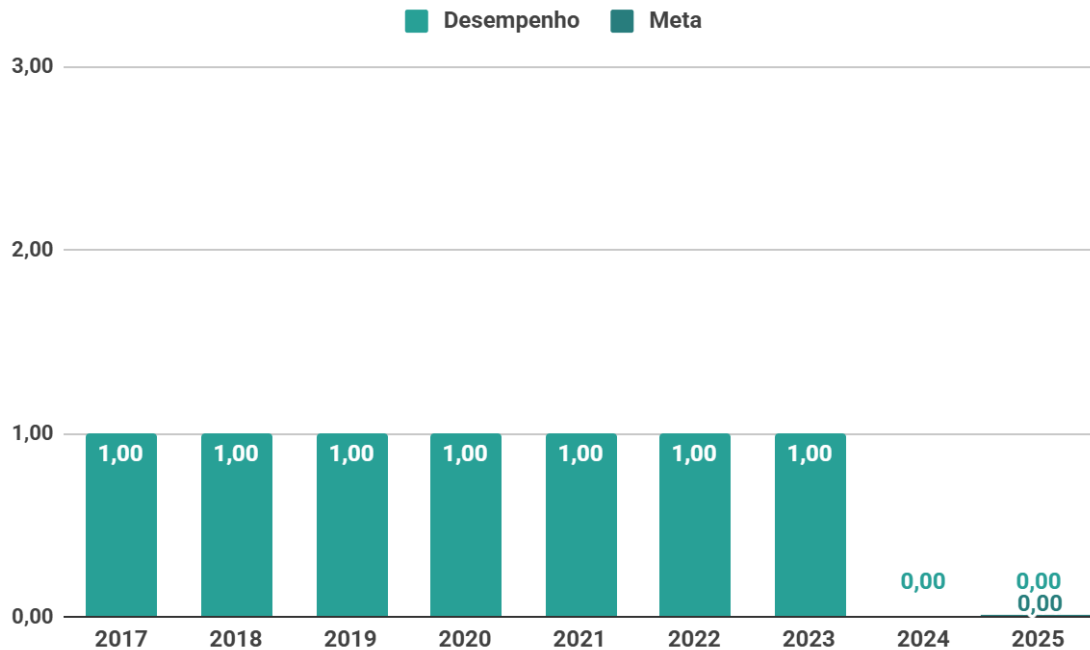


|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implantação do Programa de Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres (Vigidesastres) em 64 municípios, com meta anual de implantação alcançada. No resultado cumulativo, o programa foi implantado em 35 municípios, correspondendo a 109% da meta planejada.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevado engajamento técnico e institucional da equipe estadual.</li> <li>- Fortalecimento da articulação interfederativa e intersetorial.</li> <li>- Disponibilização de nota técnica orientadora para apoio à implantação municipal.</li> <li>- Ampliação do acesso à qualificação técnica por meio de capacitações on-line.</li> <li>- Atuação integrada em comitês intersetoriais relacionados à gestão de riscos de desastres.</li> <li>- Integração com órgãos externos com expertise em temas relacionados aos desastres.</li> <li>- Produção e disseminação contínua de informações estratégicas.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração e publicação de nota técnica;</li> <li>- Elaboração de boletins epidemiológicos, alertas e informes.</li> <li>- Participação em comitês intersetoriais e realização de reuniões técnicas com órgãos parceiros.</li> <li>- Fortalecimento dos fluxos de comunicação e da capacidade de resposta do território frente às emergências em saúde pública associadas aos desastres; realização de reuniões com municípios prioritários. Articulação com SRS/COADS; Realização de reconhecimentos de áreas e populações expostas a riscos de desastres; Desenvolvimento de ações de preparação, prevenção, monitoramento, alerta, resposta e mitigação dos impactos dos desastres à saúde humana. Realização de capacitações para qualificação das equipes estaduais e municipais. Realização de capacitações em municípios com áreas e populações expostas a riscos relacionados a contaminantes químicos. Participação em reuniões com MS.</li> <li>- Participação em reuniões na Sala de Situação Nacional de Mudanças Climáticas em Saúde. Participação na Oficina Técnica para elaboração do Plano de Adaptação às Mudanças Climáticas.</li> </ul> |

**Meta 2.2.6:** Implantar 5 Unidades de Vigilância de Zoonoses e Entomologia (UVZ) nas Regiões de Saúde do Ceará, passando de 1 em 2023 para 6 em 2027. (Unid.)

| Indicador                                                                    | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Número de Unidades de Vigilância de Zoonoses e Entomologia (UVZ) implantadas | Quanto maior, melhor | COVAT | 0         | -         | -          |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

O indicador não possui meta pactuada para o ano de 2025; contudo, já foram iniciadas ações estratégicas voltadas ao fortalecimento de seu desempenho.

Dentre essas ações, destaca-se a abertura de um novo processo administrativo com o objetivo de contratar empresa especializada para a elaboração dos projetos arquitetônicos e projetos complementares necessários à execução da obra. Tal iniciativa considera a possível inviabilidade de realização desses projetos por meio do contrato vigente da SESA, atualmente em trâmite na esfera estadual (Processo NUP nº 24001.003622/2024-23).

Essas medidas configuram ações preparatórias e estruturantes, inseridas no planejamento institucional, visando criar condições técnicas e administrativas adequadas para o alcance de resultados futuros relacionados ao indicador.

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

##### FATOS

- A estrutura existente para executar as ações de vigilância das zoonoses no estado do Ceará são os Centros de Controle de Zoonoses (CCZ), cujas a instalação e estrutura física estão insuficientes para dar suporte à realização das ações. Diante da complexidade do cenário atual em que a vigilância das zoonoses configura-se é necessário olhar para saúde única para uma percepção mais integrada dos elementos que compõem o território homem, animal e meio ambiente no processo de saúde e doença. É nessa perspectiva que as Unidades de Vigilância de Zoonoses (UVZ), surgem como uma proposta regionalizada para atender os novos desafios e serviços de relevância para a saúde pública.

##### CAUSAS

- Descontinuidade das atividades de vigilância das zoonoses em algumas regiões de saúde;  
- Estruturas física que não atendem mais às necessidades dos serviços de saúde disponibilizado para população animal;



|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | <ul style="list-style-type: none"><li>- Necessidade de uma maior atuação da vigilância entomológica;</li><li>- Necessidade de profissionais para atuar nestes serviços;</li><li>- Ausência dos projetos para dar seguimento ao processo de licitação.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>AÇÕES</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Foi solicitado o orçamento a COADM para elaboração do projetos (elétrico, hidráulico e arquitetônico) que devem compor o processo de licitação da obra;</li><li>- Análise técnica quanto à possibilidade de execução dos projetos por meio de contrato vigente da SESA, identificando potenciais limitações e riscos de inviabilidade;</li><li>- Elaboração de estudos e alinhamentos internos para a concepção da abertura de novo processo administrativo visando à contratação de empresa especializada para elaboração dos projetos;</li><li>- Articulação institucional junto à SESA e acompanhamento do andamento do processo - NUP nº 24001.003622/2024-23, como subsídio à tomada de decisão administrativa.</li></ul> |

## Desempenho das Entregas

| Entrega                     | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-----------------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Unidade de Saúde Implantada | SEVIG | 2         | 0         | 0,00%      |

### Análise de Desempenho

A entrega prevê a construção e o equipamento de unidades de vigilância em saúde nas cinco regiões do Estado, com o objetivo de descentralizar os serviços e ampliar a oferta, em consonância com a estratégia de regionalização.

Na previsão inicial para 2025, estava contemplada a implantação das Redes de Frio nas regiões do Cariri e de Sobral.

Atualmente, a entrega encontra-se em fase de preparação. No Cariri, em razão da ausência de espaço físico disponível, a região foi substituída pelo Sertão Central, que já encaminhou toda a documentação necessária. Já a região Norte (Sobral) possui a documentação do terreno completa e aguarda a emissão da licença ambiental. Foi autorizado a abertura do processo licitatório pela SOP para descentralização da rede de frio de Sobral, após liberação do MAPP para execução da obra. Para a unidade do sertão central, aguarda-se a sondagem do terreno pela equipe da SOP.

A implantação dos Serviços de Verificação de Óbitos (SVO) em Sobral e Limoeiro do Norte está em andamento, com memorial descritivo e plantas já elaboradas pela SOP. O terreno de Limoeiro do Norte está em processo de transferência da prefeitura para o Estado, enquanto o de Sobral já está em nome da SESA.

Quanto ao Laboratório Regional (LACEN), em Sobral, está em articulação a doação de um terreno da Polícia Militar para a SESA, aguardando orientações do novo coordenador do CEMAN - PATRIMÔNIO. Inicialmente, estava previsto também um em Limoeiro do Norte, mas os recursos disponíveis só permitem a construção de um.

## Relação de Projetos e Planos de Ação Estratégicos

| ID | Secretaria | Título                                                                                        | Classificação        | Responsável               | Status               | Observação                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | SEVIG      | Regionalização do Serviço de Verificação e Óbito (SVO)                                        | <b>Projeto</b>       | Ana Célia Gomes de Matos  | <b>Planejamento</b>  | A equipe técnica iniciou a elaboração do Termo de Abertura do Projeto (TAP), as demais ferramentas do projeto, como cronograma, matriz de riscos e estrutura analítica do projeto (EAP), ainda estão pendentes.                                                     |
| 2  | SEVIG      | Regionalização da Rede de Vigilância Laboratorial                                             | <b>Projeto</b>       | Ítalo José Mesquita       | <b>Planejamento</b>  | A equipe técnica iniciou a elaboração do projeto, e a validação do TAP ocorreu em reunião no dia 04/04/2025, com a presença do Gerente do projeto e da Assessoria da SEVIG.                                                                                         |
| 3  | SEVIG      | Descentralização da Rede de Frio Estadual                                                     | <b>Projeto</b>       | Ana Karine Borges         | <b>Planejamento</b>  | Considerando que a área técnica iniciou a elaboração do TAP, as demais ferramentas do projeto, como cronograma, matriz de riscos e estrutura analítica do projeto (EAP), ainda estão pendentes. Reuniões e encaminhamentos deverão ser realizados em junho de 2025. |
| 4  | SEVIG      | Institucionalizar a Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nas Regiões de Saúde | <b>Plano de Ação</b> | Roberta de Paula Oliveira | <b>Monitoramento</b> | O plano contém 14 ações monitoradas, sendo:<br>- 02 em andamento.<br>- 06 não iniciadas.<br>- 06 concluídas.                                                                                                                                                        |

| ID | Secretaria | Título                                             | Classificação        | Responsável               | Status               | Observação                                                                                                   |
|----|------------|----------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5  | SEVIG      | Ampliação do Programa Vigidesastres nos municípios | <b>Plano de Ação</b> | Roberta de Paula Oliveira | <b>Monitoramento</b> | O plano contém 33 ações monitoradas, sendo:<br>- 13 em andamento.<br>- 03 não iniciadas.<br>- 17 concluídas. |
| 6  | SEVIG      | Fortalecimento da Prevenção e Vigilância das IST   | <b>Plano de Ação</b> | Ana Maria Peixoto Cabral  | <b>Monitoramento</b> | O plano contém 12 ações monitoradas, sendo:<br>- 03 em andamento.<br>- 09 concluídas.                        |

### 3.3 Governança e Gestão

**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.

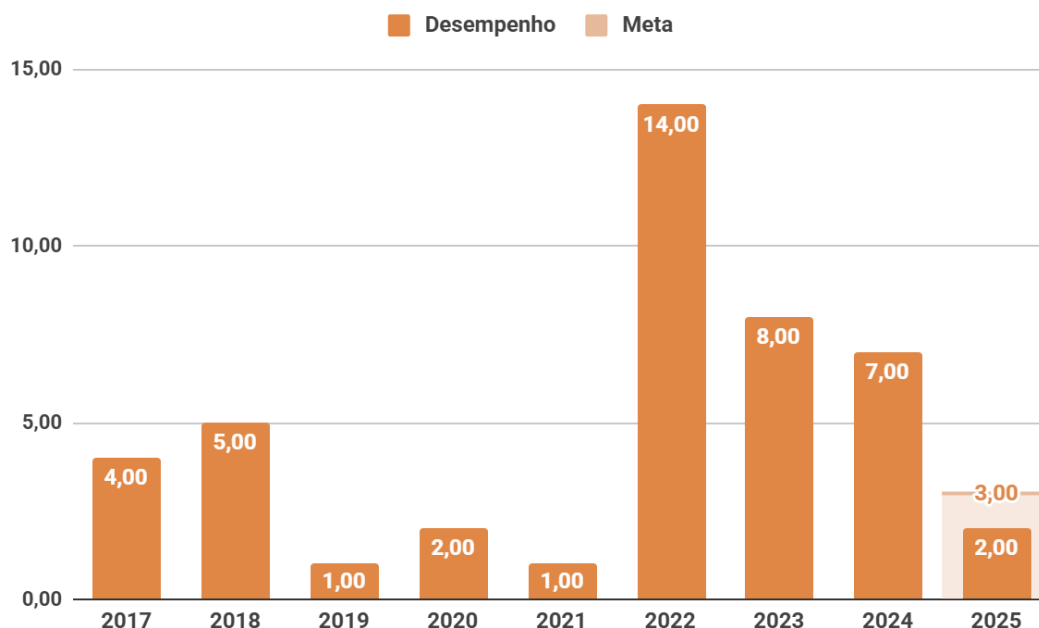
**Objetivo 3.1:** Aprimorar a comunicação do sistema estadual de saúde para assegurar o controle, a transparência e o acesso às informações qualificadas.

#### Desempenho dos Indicadores

**Meta 3.1.1:** Ampliar o número de ouvidorias do SUS no Estado do Ceará, passando de 226 em 2023 para 239 até 2027. (Unid.)

| Indicador                        | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|----------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Número de ouvidorias implantadas | Quanto maior, melhor | OUVID | 3         | 2         | 66,67%     |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

Em 2025 foram inauguradas duas unidades: a Superintendência Regional de Fortaleza (SRFOR) e o Hospital Universitário do Ceará (HUC).

Não foi possível atingir a meta de implantação de três ouvidorias para o exercício de 2025, sendo efetivadas apenas duas unidades. A não execução da terceira implantação decorreu da interrupção temporária do processo de expansão, em razão da tramitação de processo administrativo para a doação de computadores, equipamento essencial para garantir a infraestrutura mínima de funcionamento das ouvidorias.

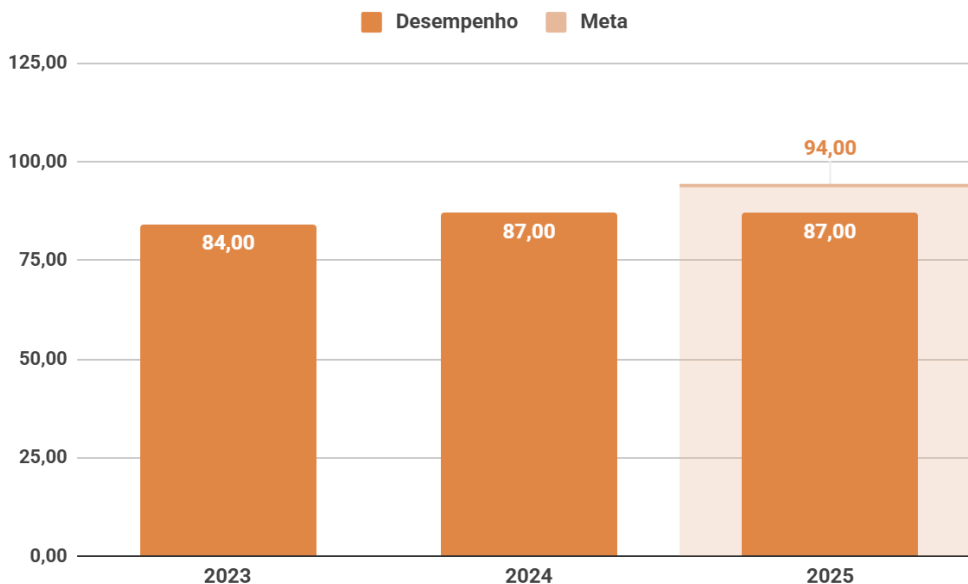
Ressalta-se que, com a conclusão desse processo administrativo, a expansão das ouvidorias será retomada, permitindo o alcance das metas estabelecidas.

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Descumprimento de meta pactuada.                                                                                                                                                                                |
| <b>CAUSAS</b> | - Interrupção temporária do processo de implantação de novas ouvidorias, em decorrência da tramitação de processo administrativo de doação de computadores, o que comprometeu o cumprimento da meta estabelecida. |
| <b>AÇÕES</b>  | - Acompanhamento contínuo e realização de cobranças formais na área responsável pela tramitação do processo, visando à sua conclusão e à posterior retomada da expansão da rede de ouvidorias.                    |

**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                                        | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|--------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de manifestações respondidas no prazo | Quanto maior, melhor | OUVID | 94,00%    | 87,00%    | 92,55%     |
| <b>Série Histórica</b>                           |                      |       |           |           |            |



### Análise de Desempenho

O indicador tem como objetivo monitorar o nível de cumprimento dos prazos de resposta às manifestações da sociedade, conforme estabelecido pelo Decreto nº 33.485/2020, no âmbito do sistema de ouvidoria.

Em 2025, foram desenvolvidas ações estratégicas para assegurar o atendimento eficiente das demandas, incluindo:

- Monitoramento sistemático das manifestações registradas, com posterior encaminhamento às áreas técnicas responsáveis;
- Intensificação das cobranças junto às unidades competentes, com suporte do gabinete;
- Realização de mesas de diálogo, com o intuito de sensibilizar e fortalecer a cultura do atendimento dentro dos prazos legais.

O cálculo do desempenho do indicador no período considerou 30.238 respostas dentro do prazo, em um total de 34.847 manifestações registradas, resultando em:

$$30.238/34.847 \times 100 = 86,7\% \approx 87\%$$

Portanto, o indicador atingiu 87% de cumprimento dos prazos de resposta, evidenciando um desempenho próximo do esperado e o impacto positivo das ações estratégicas implementadas.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

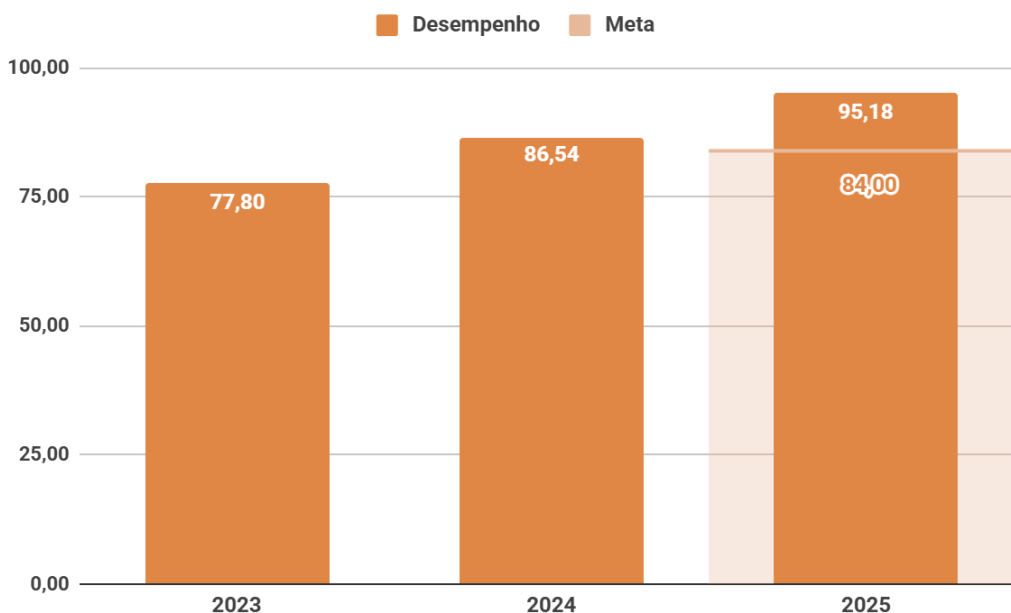
|               |                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Desempenho abaixo da meta estabelecida.                                                                                                                                                                             |
| <b>CAUSAS</b> | - Acompanhamento insuficiente das manifestações registradas no sistema de ouvidoria, associado à morosidade das áreas técnicas no encaminhamento dos posicionamentos, resultando no descumprimento dos prazos legais. |
| <b>AÇÕES</b>  | - Monitorar continuamente as manifestações;<br>- Realizar mesas de diálogo periódicas com as áreas responsáveis;<br>- Encaminhar relatórios trimestrais ao gabinete sobre manifestações em atraso.                    |



**Meta 3.1.3:** Implementar o Programa de Integridade executando 90% das ações do Plano de Integridade até 2027. (%)

| Indicador                                            | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Índice de desempenho do Plano de Integridade da Sesa | Quanto maior, melhor | ASCIT | 84,00%    | 95,18%    | 113,31%    |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

O indicador “Índice de Desempenho do Plano de Integridade da SESA” tem apresentado evolução consistente, refletindo o avanço na implementação das ações previstas no Programa de Integridade e o fortalecimento das práticas de governança, ética e conformidade institucional na Secretaria da Saúde.

Inicialmente, a meta estava estabelecida em 90% até 2027, mas foi revisada para 97% até o final de 2026, com projeção de elevação gradual para 98% em 2027. A revisão decorre do desempenho expressivo já alcançado pela Assessoria de Controle Interno, que registrou índice de 95,18% no último monitoramento, evidenciando elevado grau de execução das iniciativas planejadas e maturidade crescente dos processos relacionados à integridade.

O resultado demonstra a consolidação das práticas institucionais de prevenção, detecção e resposta a riscos de integridade, além do comprometimento das áreas envolvidas na execução das ações estratégicas. Também evidencia o fortalecimento da cultura organizacional baseada em ética, transparência e responsabilidade na gestão pública.

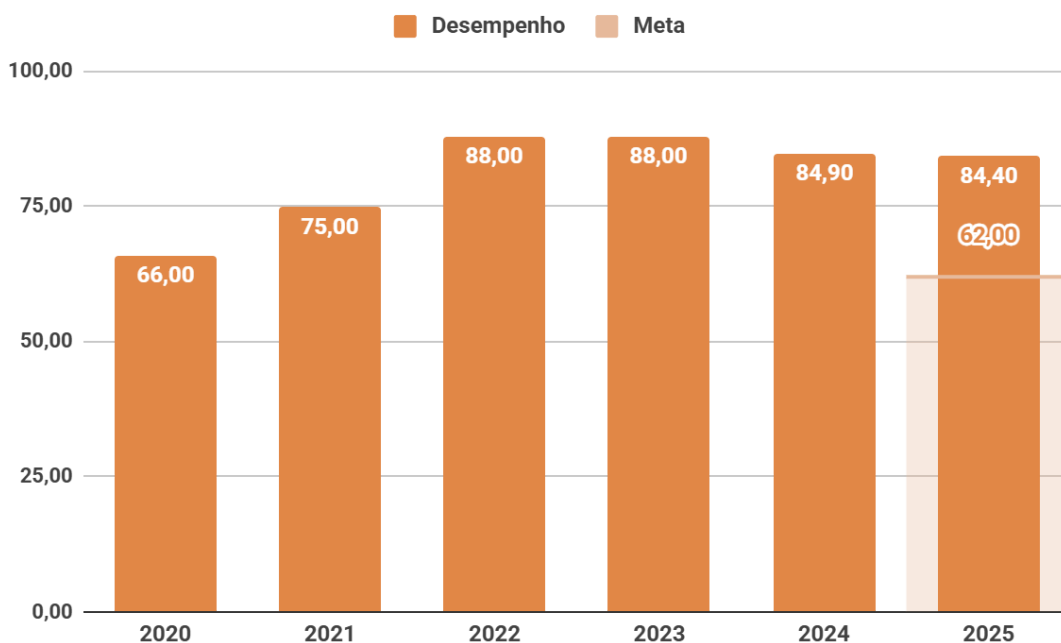
A atualização das metas busca manter o ritmo de aprimoramento contínuo do Programa de Integridade, incentivando a evolução permanente dos mecanismos de controle e governança, assegurando aderência às diretrizes estratégicas previstas no Plano Plurianual 2024–2027 e promovendo excelência na gestão institucional.

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolução contínua do Índice de Desempenho do Plano de Integridade, atingindo 95,18% no último monitoramento;</li> <li>- Avanço significativo na execução das ações estruturantes do Programa de Integridade;</li> <li>- Maior engajamento das áreas responsáveis na implementação das iniciativas previstas.</li> </ul>                                                                        |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atuação sistemática da Assessoria de Controle Interno na coordenação e monitoramento das ações;</li> <li>- Melhoria dos fluxos internos de acompanhamento e prestação de informações.</li> </ul>                                                                                                                                                                                               |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter o monitoramento periódico da execução das ações do Plano de Integridade;</li> <li>- Fortalecer a articulação com as áreas responsáveis pela execução das ações estratégicas;</li> <li>- Revisar periodicamente o Plano de Integridade para alinhamento às diretrizes institucionais;</li> <li>- Intensificar ações de comunicação interna voltadas à cultura de integridade.</li> </ul> |

**Meta 3.1.4:** Aumentar o percentual de satisfação do trabalhador da Sesa em relação a comunicação interna para 66% até 2027. (%)

| Indicador                                                                       | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de satisfação dos trabalhadores com o sistema de comunicação interna | Quanto maior, melhor | ASCOM | 62,00%    | 84,40%    | 136,13%    |
| <b>Série Histórica</b>                                                          |                      |       |           |           |            |



#### Análise de Desempenho

A **Assessoria de Comunicação** conduziu uma pesquisa de satisfação interna com os colaboradores da Sesa. A divulgação ocorreu por e-mail, lista de transmissão e publicação na intranet. Ao todo, a pesquisa contou com 199 respostas registradas.

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Meta alcançada e superada. Um total de 199 respostas foram registradas da Pesquisa de Comunicação Interna da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa), sendo destas 68 respostas "Muito satisfeito", 100 respostas "Satisfeito", 26 respostas "Parcialmente satisfeito" e 5 respostas "Insatisfeito".                                     |
| <b>CAUSAS</b> | - O resultado demonstra alinhamento das ações de Comunicação Interna com as demandas, necessidades e expectativas do público interno.                                                                                                                                                                                                  |
| <b>AÇÕES</b>  | - Cumprimento de programação a aperfeiçoamento de produtos e estratégias na utilização dos canais oficiais internos (principalmente, intranet, mural, listas de transmissão e redes sociais) para comunicar informações estratégicas para os membros da instituição e fortalecer relacionamentos entre lideranças e trabalhadores(as). |

## Desempenho das Entregas

| Entrega                 | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Trabalhador Beneficiado | SEVIG | 183       | 178       | 97%        |

### Análise de Desempenho

De Janeiro à Dezembro de 2025, foram beneficiados 178 trabalhadores no âmbito das Coordenadorias listadas abaixo, incluindo as respectivas células:

Coordenadoria de Imunização - COIMU- 6 trabalhadores receberam Gratificação de Desempenho Institucional - GDI;

Coordenadoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador - COVAT - 41 trabalhadores receberam Gratificação de Desempenho Institucional - GDI;

Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde - COVEP - 11 trabalhadores receberam Gratificação de Desempenho Institucional - GDI;

A Coordenadoria de Vigilância Sanitária - COVIS - 50 trabalhadores receberam Gratificação de Desempenho Institucional - GDI e 70 trabalhadores receberam Gratificação de Atividade de Exercício de Vigilância Sanitária - GAVS.

| Entrega             | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Unidade Estruturada | OUVID | 6         | 8         | 133%       |

### Análise de Desempenho

No período de janeiro a dezembro de 2025, foram estruturadas 7(sete) ouvidorias por meio de ações de implementação e capacitação de novos ouvidores. Foram capacitadas técnico(s)s, das Policlínicas de Russas, Baturité, Aracati e Iguatu, além das implantações nos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO's de Russas e Canindé, como também da Coordenadoria das Áreas Descentralizadas de Saúde – COADS de Canindé e do Centro de Convivência do Cuidado – CCC em Fortaleza.

No âmbito da expansão da Rede, foram implantadas novas ouvidorias na Superintendência da Região de Fortaleza (SRFOR) e no Hospital Universitário do Ceará (HUC).

Também foram realizadas visitas técnicas às unidades de saúde e ouvidorias, com o objetivo de acompanhar a estrutura física, composição das equipes e fluxos de trabalho, além de emitir recomendações para aprimoramento dos serviços prestados ao cidadão. As visitas ocorreram nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de Itaíçaba, Aracati, Uruburetama, Amontada, Miraíma e Itapipoca, nas Coordenadorias da Área Descentralizada de Saúde (COADS) de Aracati e Itapipoca, bem como nas Policlínicas e nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de Aracati e Itapipoca.

No mesmo período, foram realizadas cinco Oficinas de Qualificação da Rede Sesa, com foco no fortalecimento da organização e dos processos de trabalho das ouvidorias. Além disso, realizaram-se dois treinamentos presenciais do sistema OuvidorSUS 3, com apoio do Ministério da Saúde, voltados à capacitação técnica dos profissionais da Rede e das secretarias municipais.

Outrossim, a participação em eventos técnicos estratégicos, como o XII Encontro da Associação Brasileira de Ouvidores (ABO) Seccional Ceará, a Oficina Regional de Implantação e Implementação de Ouvidorias do SUS e o XXVIII Congresso Brasileiro de Ouvidores, as ações desenvolvidas evidenciam o compromisso institucional da Ouvidoria da Sesa com a qualificação permanente da

Rede de Ouvidorias do SUS, o fortalecimento da gestão participativa e o aprimoramento contínuo dos serviços públicos de saúde ofertados à população cearense

| Entrega          | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Evento Realizado | ASCOM | 30        | 42        | 140%       |

#### Análise de Desempenho

No período de janeiro a dezembro de 2025, foram realizados 42 eventos sob competências das áreas técnicas responsável e com o apoio e suporte da ASCOM

- Programa Mais Acesso à Especialistas - PMAE;
- Ação alusiva ao dia internacional da mulher para as mulheres da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa);
- II Encontro de Segurança e Saúde do Trabalho da rede Sesa;
- Ambientação de novos servidores da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa) (3 eventos)
- Ação alusiva ao dia das mães da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa);
- Encontro de promoção e fortalecimento do Sistema de Saúde da Regional de Fortaleza e de seus colaboradores.
- PDE - Programa de Desenvolvimento de Equipes da Sesa Central. (10 eventos);
- Treinamento sobre as atualizações do Sistema de Controle de Serviços de Terceiros (SISTER), para os colaboradores da Coset.
- Encontro de Assessores da Rede Sesa e unidades (10 eventos);
- Mesa integrada com a Coordenadoria de Contratualização de Serviços Terceirizados.
- Ação alusiva ao dia dos Pais da Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa);
- Encerramento do Projeto Lean no Hospital São José;
- Alusão ao dia do servidor público;
- Seminário "LGPD aplicada à Saúde - a proteção de dados é um ato de cuidado e dever de todos no SUS";
- Oficina Projeto de Vida - Qualidade de Vida;
- Reunião com os representantes das Áreas da Qualidade das Unidades da Rede Sesa e áreas intervenientes - SESA;
- Reunião de Debriefing sobre o incidente ocorrido no Hospital Geral Dr. César Cals;
- Acolhimento dos profissionais terceirizados do Hospital Geral Dr. César Cals;
- Recepção da delegação médica da Província de Fujian (China) na Sesa;
- Associação dos Pacientes Renais do Ceará (ASPRECE);
- Encerramento anual da Coordenadoria de Gestão Funcional e Direito do Trabalhador - COGED
- Confraternização natalina com os trabalhadores da Sesa.

**Nota:** Os eventos são realizados pelas áreas responsáveis, cabendo à ASCOM o apoio e suporte na sua execução.

| Entrega | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------|------|-----------|-----------|------------|
|---------|------|-----------|-----------|------------|



|                     |             |   |   |      |
|---------------------|-------------|---|---|------|
| Auditoria Realizada | AUDIT e UGP | 5 | 6 | 120% |
|---------------------|-------------|---|---|------|

#### Análise de Desempenho

No período do janeiro à dezembro de 2025, foram realizados 5 auditorias, sendo elas, no Centro de Dermatologia Dona Libânia (CDERM), Hospital do Coração de Messejana (HM), Consórcio Público Municipal de Saúde da Ibiapaba, Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC), e do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (Hemoce).

Além da Auditoria do PROEXMAES II, ano base 2024, realizada pelo TCE com Relatório Final nº 45/2025 entregue em 22/04/2025 e aprovado pelo BID em 26/05/2025.

Encontram-se em andamento, outras 2 auditorias, sendo do Relatório Anual de Gestão 2024 da SESA (RAG) e Sistema de Verificação de Óbito (SVO).

| Entrega                     | Área         | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-----------------------------|--------------|-----------|-----------|------------|
| Unidade de Saúde Acreditada | SEPGI- COGEQ | 0         | 0         | 0,00%      |

#### Análise de Desempenho

Os dois primeiros meses do 3º quadrimestre foram marcados por discussões acerca dos seguintes pontos: O resultado da entrega é dependente das condições estruturais e técnicas das Unidades e também da contratação de serviços de preparação e de certificação; há necessidade de garantia de disponibilização financeira para contratações das preparações e certificações previstas para 2027.

Após discussões técnicas que levaram ao consenso que a ACREDITAÇÃO limita o escopo da entrega para um tipo de certificado, reduzindo a possibilidade de se visualizar todas as entregas que certificam a qualidade por meio do órgão ou entidade de CERTIFICAÇÃO reconhecida e ainda, analisando o comportamento sazonal das certificações dependentes de recursos financeiros, trabalhou-se para a revisão da Agenda Estratégica da Sesa para reformulação da entrega e meta.

Embora sem meta estabelecida para 2025, e tendo havido reformulação da entrega e da meta (a partir de 2026 serão consideradas o número de 10 unidades certificadas em 2027), estão em curso ações que auxiliam a promoção da qualidade nos serviços, tais como: a implementação do SIMAQ 2.0; o acompanhamento semanal dos indicadores da Qualidade dos serviços de saúde da Rede Sesa; a realização de visitas aos Serviços de Saúde da Rede; a realização de contatos com a Rede de Gestão da Qualidade no âmbito da SESA; o acompanhamento semanal da autoavaliação da Qualidade para as Unidades hospitalares; e as ações para incorporação de 44 novas unidades da Rede para acompanhamento.

Para assegurar a execução eficaz das ações necessárias ao alcance da meta do indicador, a COGEQ/CEQUA requer reforço na capacidade de trabalho. Durante o 3º quadrimestre, a equipe contou apenas 01 (um) assistente técnico para os processos de avaliação.

| Entrega                      | Área         | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------|--------------|-----------|-----------|------------|
| Sistema de Gestão Implantado | SEPGI- COGEQ | 0         | 0         | 0,00%      |

#### Análise de Desempenho

O resultado é dependente da organização e dinâmica dos processos dos serviços/escopos prioritários e também da contratação de serviços de preparação e avaliação das áreas para certificação. Considerando a complexidade da entrega, e do tempo de preparação para a certificação, solicitou-se prorrogação do resultado esperado para 2027, sendo acatado o processo de revisão da Agenda Estratégica.

Embora sem meta estabelecida para 2025, foram realizadas ações preparatórias já descritas no quadrimestre anterior (perspectiva orçamentária-financeira), reanalisado a permanência da Regulação no processo de preparação e certificação, finalizado o Estudo Técnico Preliminar e o Termo de Referência para contratação para preparação dos escopos e garantida uma maior participação da Cogeq/Cequa nas atividades de mapeamentos de processos desenvolvidos pela Codip. Do cronograma de encontros com áreas estratégicas (Regulação, Ouvidoria e Vigilância Sanitária), houve apenas interlocução com a área da Vigilância Sanitária.

No âmbito da preparação global dos serviços para certificação, foi mantido o acompanhamento do checklist (autoavaliação) abrangendo os requisitos fundamentais para a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade e para o processo de certificação.

Nesta entrega, cumpre destacar que o Nível Central Sesa não incorpora, de forma abrangente e histórica, o Sistema de Gestão da Qualidade em seu escopo, o que demandará mais esforços para vencer as possíveis resistências e para a apresentação dos benefícios acerca do conjunto de ações previstas para ocorrer.

Para assegurar a execução eficaz das ações necessárias ao alcance da meta do indicador, a Cogeq requer reforço na capacidade de trabalho. Durante o 3º quadrimestre, para esse processo, a equipe contou com apenas 01 (um) auxiliar administrativo II admitido em 02/12/2025.

| Entrega            | Área                 | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|--------------------|----------------------|-----------|-----------|------------|
| Projeto Implantado | SEPGI<br>COGEO e UGP | 9         | 8         | 89%        |

#### Análise de Desempenho

As ações voltadas ao atingimento da meta de qualificação da gestão de custos ocorreram de forma contínua e exitosa, garantindo a qualidade das informações que alimentam o sistema de apuração de custos.

Visitas técnicas: realizadas em 8 unidades até dezembro de 2025, de forma programada pela Célula e conforme a necessidade de cada unidade.

Alteração na rede hospitalar: em agosto/2025, o Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA) deixou de integrar a rede SESA e, consequentemente, o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC). A partir desse ajuste, a Grande Fortaleza passou a contar com o sistema ApuraSUS em 7 unidades hospitalares: Hospital São José de Doenças Infecciosas, Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, Hospital Infantil Dr. Albert Sabin e Centro Regional de Hematologia e Hemoterapia de Quixadá.

Meta de eficiência: não foi realizada a Jornada de Economia da Saúde em 2025, evento que foi reprogramado para 2026. Essa alteração impactou diretamente o alcance da meta de 100% de eficiência.

| Entrega                         | Área         | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------------------|--------------|-----------|-----------|------------|
| Modelo de Governança Implantado | SEPGI- CODIP | 1         | 0         | 0,00%      |

#### Análise de Desempenho

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), por meio da Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e Planejamento (Codip), vem avançando na consolidação de um modelo institucional de governança, com vistas ao fortalecimento da eficiência, da transparência e da responsabilidade na gestão pública.

Após análise técnica, optou-se pela adoção de referenciais consolidados da gestão pública como modelo institucional da Sesa, considerando que os critérios neles previstos são equivalentes aos que seriam utilizados na construção de um modelo próprio. Essa escolha permite otimizar esforços, assegurar alinhamento às melhores práticas e conferir maior robustez metodológica ao processo.

O modelo de governança da Sesa fundamenta-se nas diretrizes de Governança em Saúde do Tribunal de Contas da União (TCU), no Índice de Efetividade da Gestão Estadual (IEGE) e nas metodologias do Gestão.Gov, sendo aplicado de forma integrada e contextualizada à realidade institucional. Complementarmente, a Política de Governança Institucional da Sesa estabelece princípios e critérios adicionais que orientam o modelo de governança da Secretaria.

A proposta encontra-se em fase de planejamento e desenvolvimento, incluindo a estruturação e validação dos instrumentos necessários à sua implementação e ao monitoramento periódico da governança institucional.



## Relação de Projetos e Planos de Ação Estratégicos

| ID | Secretaria | Título                                                       | Classificação        | Responsável         | Status            | Observação                                          |
|----|------------|--------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|-------------------|-----------------------------------------------------|
| 1  | GABSEC     | Fortalecimento dos mecanismos de comunicação com a sociedade | <b>Plano de Ação</b> | Ariane Adla Pereira | <b>Paralisado</b> | A elaboração do plano de ação encontra-se pendente. |
| 2  | GABSEC     | Qualificação dos canais de comunicação interna               | <b>Plano de Ação</b> | Diego Pereira       | <b>Paralisado</b> | A elaboração do plano de ação encontra-se pendente. |

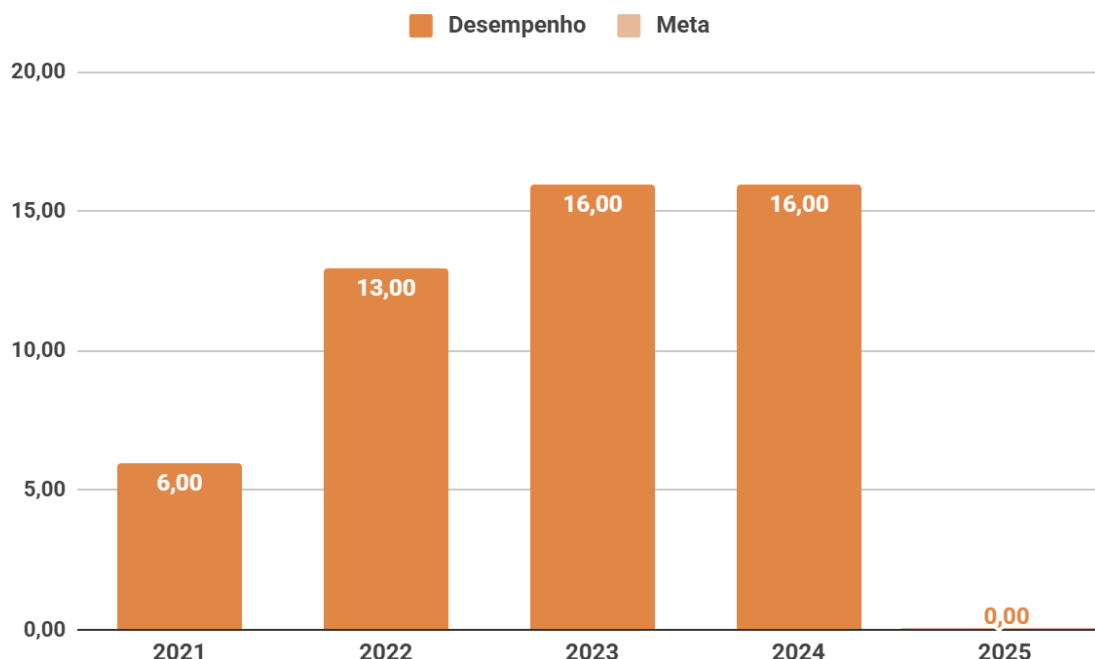
**Objetivo 3.2:** Fortalecer os processos de controle das ações e serviços de saúde, de forma a assegurar o acesso e a qualidade da assistência em saúde.

### Desempenho dos Indicadores

**Meta 3.2.1:** Ampliar o número de unidades de saúde da rede Sesa avaliadas e certificadas, garantindo o atendimento de critérios da qualidade, passando de 17 em 2023 para 27 em 2027. (Unid.)

| Indicador                                | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Número de Unidades de Saúde Certificadas | Quanto maior, melhor | COGEQ | 0         | -         | -          |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

O indicador monitora a expansão das unidades da Rede Sesa certificadas conforme padrões reconhecidos de qualidade. Após alinhamento técnico, o conceito foi ampliado de acreditação para certificação, permitindo maior abrangência das entregas e melhor representação das iniciativas de qualificação dos serviços. A revisão considerou, ainda, a sazonalidade das certificações, influenciada pela disponibilidade de recursos financeiros.

Embora não tenha havido meta definida para 2025, foram executadas ações relevantes, como: monitoramento semanal de indicadores de qualidade, visitas técnicas às unidades, articulação com a

Rede de Gestão da Qualidade, acompanhamento da autoavaliação hospitalar e inclusão de 44 novas unidades no processo de acompanhamento.

A partir de 2026, a meta passa a considerar o número de unidades certificadas, com previsão de alcance de 10 unidades até 2027.

Destaca-se a necessidade de fortalecimento da capacidade operacional da COGEQ/CEQUA, considerando que, no 3º quadrimestre, a equipe contou com apenas um assistente técnico, fator que limita a execução e expansão das atividades.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os dois primeiros meses do 3º quadrimestre foram marcados por discussões acerca dos seguintes pontos: O resultado da entrega é dependente das condições estruturais e técnicas das Unidades e também da contratação de serviços de preparação e de certificação; e há necessidade de garantia de disponibilização financeira para contratações das preparações e certificações previstas para 2027.</li> <li>- A reformulação da entrega e da meta redirecionou o trabalho da área para, em 2026, dar maior ênfase às ações promotoras da qualidade nas Unidades.</li> <li>- Necessidade de ampliação da equipe Cogeq para garantir uma melhor condução dos processos.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A Cogeq não tem previsão de ampliação da equipe COGEQ para garantir uma melhor condução dos processos.</li> <li>- Há uma real dificuldade em manter as Unidades certificadas que foram contabilizadas nas metas como existentes em 2023, pelo processo ser dependente das condições estruturais e técnicas das Unidades e também da contratação de serviços. Das 16 unidades anteriormente certificadas, temos atualmente: 04 Hospitais de gerenciamento do ISGH; 02 unidades de Gestão Sesa (LACEN e HEMOCE) e 01 Unidade de gerenciamento consorcial (CEO Baturité, que assumiu despesas).</li> <li>- O cenário supracitado levou a abertura do processo para revisão da Agenda Estratégica da Sesa para reformulação da entrega e meta (aprovado).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abertura do processo para revisão da Agenda Estratégica da Sesa para reformulação da entrega e meta (aprovado);</li> <li>- Reuniões sistemáticas com COTEC para o desenvolvimento do SIMAQ para aprimoramento do processo de monitoramento e avaliação da Qualidade das Unidades Assistenciais da Rede Sesa;</li> <li>- Desenvolvimento das ações referentes à implementação da versão 2.0 do SIMAQ;</li> <li>- Acompanhamento dos indicadores da Qualidade dos serviços de saúde da Rede Sesa e seus planos de ação;</li> <li>- Realização de visitas técnicas in loco aos Serviços de Saúde da Rede;</li> <li>- Realização de contatos com a Rede de Gestão da Qualidade no âmbito da SESA;</li> <li>- Utilização de instrumento corporativo de monitoramento dos planos de ação dos indicadores das 32 Unidades acompanhadas (Drive corporativo);</li> <li>- Necessidade de ampliação da equipe COGEQ para garantir uma melhor condução dos processos que envolvem o cumprimento das metas pautada de forma recorrente junto a gestão superior</li> <li>- Política da Qualidade Organizacional, em elaboração.</li> </ul> |



**Meta 3.2.2:** Implantar, em nível central, o Sistema de Gestão da Qualidade com certificação de 03 escopos prioritários até 2027. (Unid.)

| Indicador                                                                          | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Número de escopos certificados no Sistema de Gestão da Qualidade no âmbito da Sesa | Quanto maior, melhor | COGEQ | 0         | -         | -          |

#### Série Histórica

#### Análise de Desempenho

O indicador tem por objetivo mensurar a implantação, em nível Central, de melhorias e novas práticas em escopos prioritários, de modo que sejam certificados por atenderem a padrões e critérios estabelecidos por um órgão ou entidade de certificação reconhecida.

Embora sem meta estabelecida para 2025, foram realizadas ações preparatórias já descritas no quadrimestre anterior (perspectiva orçamentária-financeira), reanalisado a permanência da Regulação no processo e finalizado o Estudo Técnico Preliminar e o Termo de Referência para contratação para preparação dos escopos. Do cronograma de encontros com áreas estratégicas (Regulação, Ouvidoria e Vigilância Sanitária), houve apenas interlocução com a área da Vigilância Sanitária.

No âmbito da preparação global dos serviços para certificação, foi mantido o acompanhamento do checklist (autoavaliação) abrangendo os requisitos fundamentais para a implementação do Sistema de Gestão da Qualidade e para o processo de certificação.

Considerando a complexidade da entrega relacionada a essa meta, e do tempo de preparação para a certificação, solicitou-se prorrogação do resultado esperado para 2027, sendo acatado o processo de revisão da Agenda Estratégica da Sesa.

Para assegurar a execução eficaz das ações necessárias ao alcance da meta do indicador, a Cogeq requer reforço na capacidade de trabalho. Durante o 3º quadrimestre, para esse processo, a equipe contou com apenas 01 (um) auxiliar administrativo II admitido em 02/12/2025."

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

##### FATOS

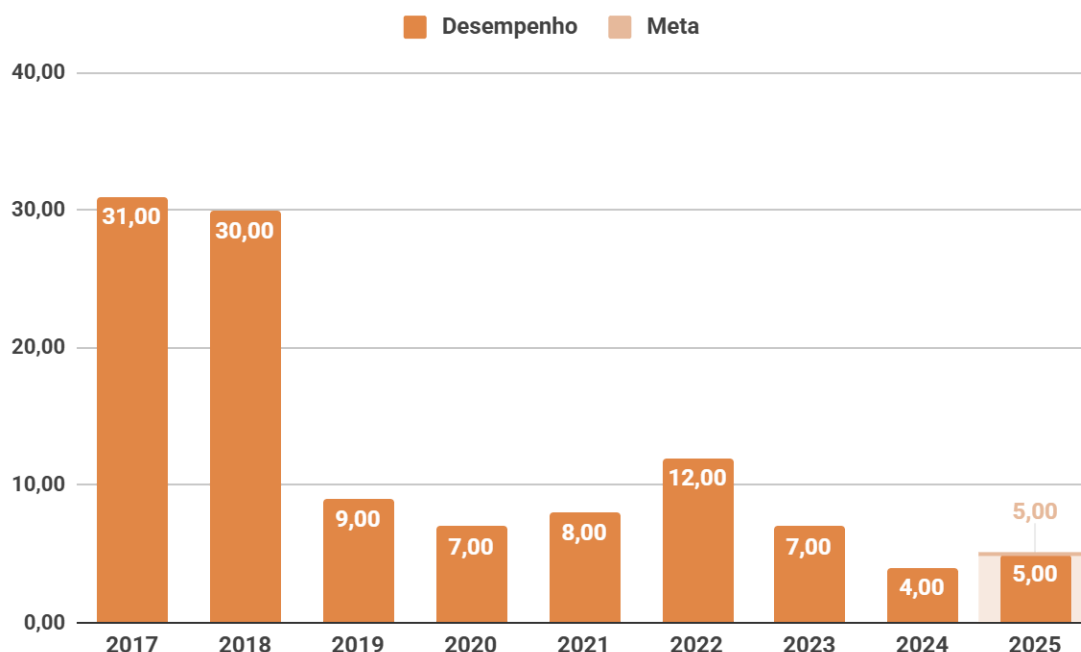
- O resultado é dependente da organização e dinâmica dos processos dos serviços/escopos prioritários e também da contratação de serviços de preparação e avaliação das áreas para certificação, por isso o estabelecimento de metas apenas a partir do ano de 2027;
- Necessidade de garantia de disponibilização financeira para contratações das preparações dos escopos prioritários previstos para 2026 (investimento) e orçamentária-financeira para as certificações em 2027 (custeio);

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de ampliação da equipe COGEQ para garantir uma melhor condução dos processos;</li> <li>- Cultura organizacional prejudicada acerca do Sistema de Gestão da Qualidade-SGQ. O Nível Central Sesa não incorpora, de forma abrangente e histórica, o SGQ em seu escopo, o que demandará mais esforços para vencer as possíveis resistências e para a apresentação dos benefícios acerca do conjunto de ações previstas para ocorrer.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A solicitação da disponibilidade financeira para as contratações previstas, que engloba a preparação dos escopos prioritários, teve que aguardar a conclusão do ETP e TR. Considerando que a conclusão dos documentos se deu dez.2025, houve a orientação para que a abertura do processo se desse apenas no início de 2026, considerando a vigência do exercício;</li> <li>- A Cogeq não tem previsão de ampliação da equipe COGEQ para garantir uma melhor condução dos processos que envolvem o cumprimento das metas .</li> <li>- O Nível Central Sesa não inclui, de forma global e em anos anteriores, o Sistema de Gestão da Qualidade em seu escopo, o que demandará mais esforços para apresentação dos benefícios acerca do conjunto de ações previstas para ocorrer.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- NUP 24001.085682/2025-37 - aberto consulta formal para avaliação da manutenção da Regulação no escopo de certificação ISO.</li> <li>- Escopo da REGULAÇÃO validado para certificação ISO em 14.11.2025 (NUP. 24001.085682/2025-37);</li> <li>- Monitoramento do checklist (autoavaliação) com os requisitos que serão necessários para certificação;</li> <li>- Realizado novo estudo de estimativas de valores de serviços (Preparação e Certificação) para compor o Estudo Técnico Preliminar- ETP e o Termo de Referência-TR;</li> <li>- Estudo Técnico Preliminar-ETP e o Termo de Referência-TR, concluídos;</li> <li>- Abertura do processo para revisão da Agenda Estratégica da Sesa para reformulação da meta (aprovado);</li> <li>- Garantida uma maior participação da Cogeq/Cequa nas atividades de mapeamentos de processos desenvolvidos pela Codip;</li> <li>- Solicitação de ampliação da equipe COGEQ para garantir uma melhor condução dos processos;</li> <li>- Política da Qualidade Organizacional, em elaboração.</li> </ul> |

**Meta 3.2.3:** Atender as demandas internas e externas de auditorias do Sistema Único de Saúde do Ceará. (Unid.)

| Indicador                       | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Número de auditorias concluídas | Quanto maior, melhor | AUDIT | 5         | 5         | 100%       |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

**Foram concluídas 5 auditorias em 2025, sendo elas:**

1. Centro de Dermatologia Dona Libânia (CDERM)
2. Hospital do Coração de Messejana (HM)
3. Consórcio Público Municipal de Saúde da Ibiapaba
4. Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC)
5. Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (Hemoce)

**Outra 2 auditorias encontram-se em andamento, sendo elas:**

1. Relatório Anual de Gestão 2024 da SESA (RAG)
2. Sistema de Verificação de Óbito (SVO)

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

##### FATOS

- Setor com dificuldades em assumir maiores demandas.

|               |                                                                                         |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CAUSAS</b> | - Equipe comprometida com as entregas, porém, com quantitativo de pessoal bem reduzido. |
| <b>AÇÕES</b>  | - Empenho contínuo da equipe com as entregas.                                           |

## Relação de Projetos e Planos de Ação Estratégicos

| ID | Secretaria | Título                                                                                    | Classificação  | Responsável                | Status              | Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | GABSEC     | Fortalecer a Auditoria da Sesa qualificando a estrutura, processos e equipes de trabalho. | <b>Projeto</b> | Francivânia Brito de Matos | <b>Planejamento</b> | <p>A elaboração do relatório do projeto encontra-se em planejamento. O cenário atual evidencia a necessidade de atualização constante dos processos de auditoria, especialmente frente às mudanças normativas, à incorporação de novas tecnologias e à ampliação da complexidade dos serviços de saúde. Dessa forma, a realização de um novo diagnóstico situacional torna-se fundamental para identificar lacunas, redefinir prioridades e orientar a construção de um plano de ação mais aderente às necessidades reais do sistema estadual de saúde, com ênfase na gestão de risco e uma Auditoria baseada em riscos. Além disso, a continuidade do projeto permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Consolidar a padronização de processos e fluxos de trabalho;</li> <li>* Fortalecer a integração entre os níveis de gestão do SUS;</li> <li>* Ampliar a capacidade de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde;</li> <li>* Reduzir riscos de irregularidades, desperdícios e ineficiências;</li> <li>* Subsidiar a tomada de decisão da alta gestão com base em evidências qualificadas.</li> </ul> |



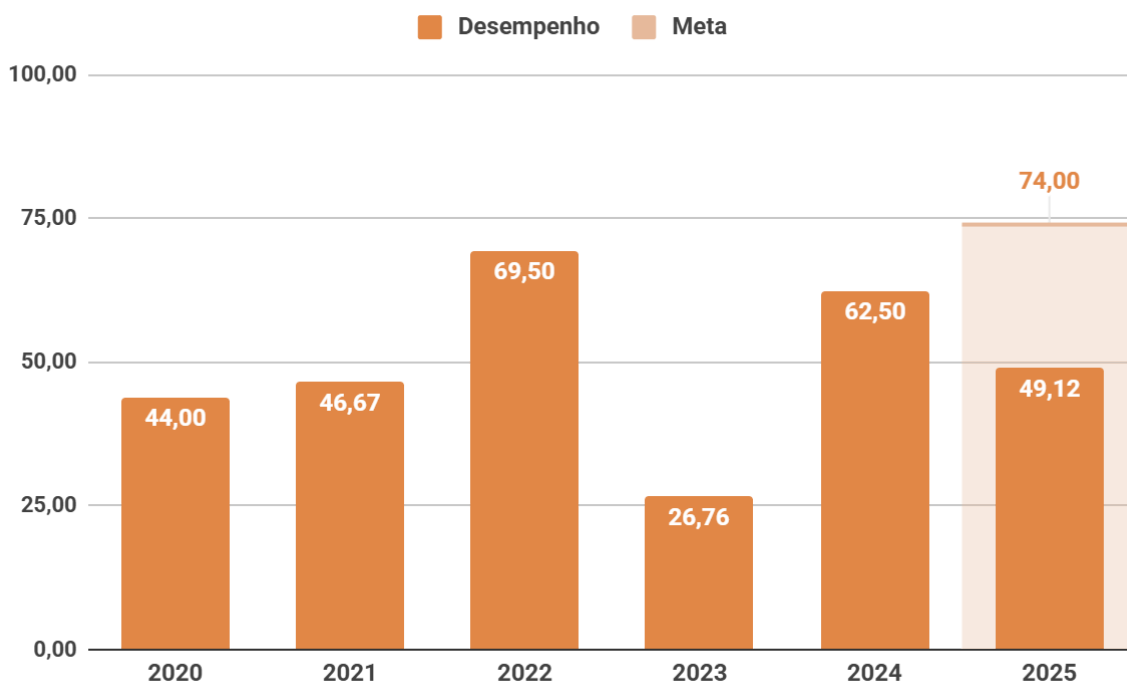
**Objetivo 3.3:** Promover o desenvolvimento institucional, qualificando a estrutura organizacional, a arquitetura de processos e os sistemas gerenciais e organizacionais.

## Desempenho dos Indicadores

**Meta 3.3.1:** Aumentar o Índice de Desempenho Institucional da Sesa, passando de 69,50% em 2022 para 78% até 2027. (%)

| Indicador                          | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Índice de Desempenho Institucional | Quanto maior, melhor | CODIP | 74,00%    | 49,12%    | 66,38%     |

### Série Histórica



### Análise de Desempenho

A análise do Índice de Desempenho Institucional (IDI) referente a 2025 evidencia um cenário de desempenho moderado, com resultado absoluto de 49,12%. Em comparação à meta anual estabelecida de 74%, o índice alcança desempenho relativo de 66,38%, indicando uma lacuna relevante entre o planejamento estratégico e a execução operacional no período.

Esse desempenho, equivalente a aproximadamente dois terços da meta, demonstra que, embora tenham sido registrados avanços em frentes estratégicas — como a expansão da rede de dados, a inauguração de equipamentos estruturantes, a exemplo do HUC, e a superação de metas em áreas como saúde bucal e cirurgias eletivas —, persistem limitações em indicadores críticos de

maior peso na composição do índice. Destacam-se, nesse contexto, as dificuldades no alcance das metas relacionadas à mortalidade materna e à oportunidade do tratamento oncológico, bem como a rigidez dos critérios de desempenho vacinal, que, ao não atingirem o patamar de 95%, implicam a não pontuação de indicadores específicos.

Adicionalmente, o resultado reflete impactos decorrentes de gargalos operacionais e administrativos, conforme evidenciado nas diretrizes institucionais, tais como o elevado percentual de itens não homologados em processos licitatórios e atrasos na implantação de unidades de ouvidoria em razão de limitações de infraestrutura.

Para o ciclo de 2026, o principal desafio institucional consiste em converter os avanços técnico-operacionais — incluindo a modelagem de processos e a integração de sistemas — em resultados finalísticos mais expressivos. Nesse sentido, recomenda-se o fortalecimento de estratégias voltadas à busca ativa de pacientes, à ampliação do acesso oportuno aos serviços e à otimização da cadeia de suprimentos, de modo a promover a retomada da trajetória de convergência do IDI em direção à meta estabelecida de 74%.

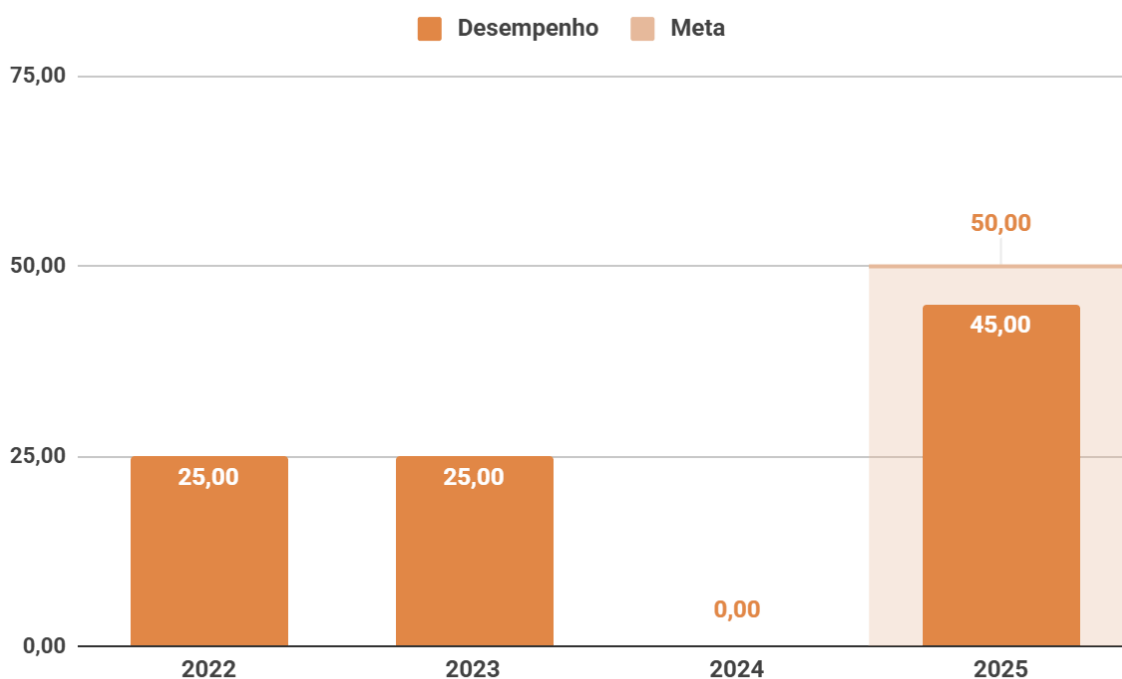
#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Mesmo com uma meta anual de 74%, o resultado atual está abaixo do esperado. Isso se deve, principalmente, ao fato de que as ações relacionadas devem ser concluídas até o final do Plano Estratégico.                                                 |
| <b>CAUSAS</b> | - Tratando-se do indicador que avalia o grau de cumprimento das metas estratégicas nas diversas áreas, observamos alguns indicadores que influenciam nos resultados entre eles, destacamos: Taxa de Mortalidade Infantil, Taxa de Mortalidade Neonatal. |
| <b>AÇÕES</b>  | - Criar e monitorar planos de ação, focando em definir o objetivo, os responsáveis e os prazos, é essencial para uma execução eficaz.                                                                                                                   |

**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                                  | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|--------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de processos críticos modelados | Quanto maior, melhor | CODIP | 50,00%    | 45,00%    | 90,00%     |

#### Série Histórica



### Análise de Desempenho

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará mantém o compromisso contínuo de aprimorar sua gestão, priorizando a modelagem de processos críticos identificados em sua cadeia de valor. Sob a coordenação da CEDIN/CODIP, a Sesa direcionou esforços estratégicos para a otimização de fluxos essenciais, abrangendo desde a Celebração, Efetivação, Prestação de Contas e Folha de Pagamento até áreas finalísticas como Transferência de Leitos, Oferta de Consultas e Exames, Auditoria e Judicializados.

#### Avanços em Logística e Gestão Patrimonial

Um marco significativo foi alcançado na gestão de ativos da Secretaria. A modelagem dos processos de Inventário, Movimentação e Devolução de Inservíveis foi integralmente finalizada. Mais do que a conclusão do desenho, a área responsável já iniciou a aplicabilidade prática do novo fluxo, garantindo maior controle sobre o patrimônio público e eficiência na destinação de materiais, reduzindo gargalos operacionais históricos.

#### Modernização da SUTEC: Aquisição de Bens e Serviços

No âmbito da Secretaria Executiva de Tecnologia e Inovação (SUTEC), o projeto de remodelagem do processo crítico de Aquisição de Bens e Serviços representa um salto em organização e agilidade. O trabalho foi concluído e apresentado oficialmente em janeiro de 2026, entregando uma estrutura de compras mais robusta, com processos validados e prontos para suportar as demandas crescentes da rede de saúde com maior segurança jurídica.

#### Judicialização

Em 2024, a Sesa demonstrou avanços notáveis na modelagem de processos críticos. A formalização do Termo de Aceite da Judicialização de Produtos foi um ponto de destaque. Além disso, foi elaborado um manual de gestão de processos judicializados, detalhando os fluxos e as instruções de trabalho necessárias.

#### Monitoramento de Contratos

A modelagem dos processos relacionados aos Contratos de Gestão alcançou um marco significativo. Em reuniões com as áreas envolvidas e a coordenação da COMAS, foram validados os fluxos de Celebração, Efetivação, Prestação de Contas e Desembolso.

Estas ações de modelagem e otimização, lideradas pelo CEDIN/CODIP, são pilares fundamentais para converter a complexidade administrativa em resultados diretos para o cidadão. A transição do desenho para a aplicabilidade real demonstra que a Sesa não apenas planeja, mas executa uma gestão moderna, transparente e focada na excelência dos serviços de saúde prestados à população cearense."

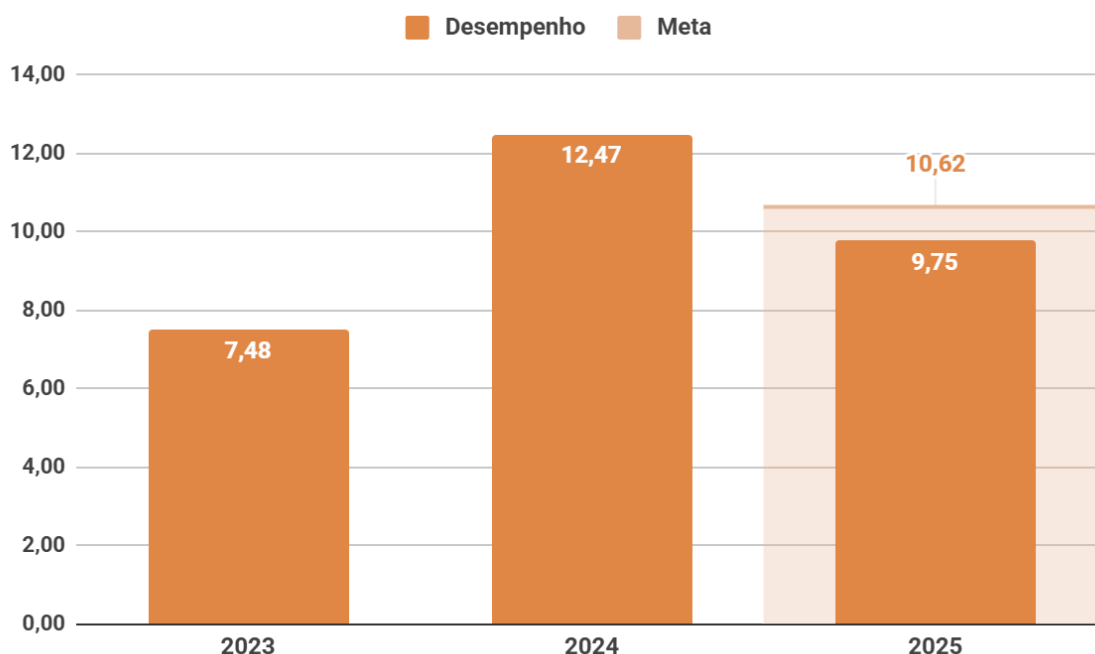
#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Dificuldade de focar, priorizar e validar os processos críticos prioritários.                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>CAUSAS</b> | - Baixa visão sistêmica por parte das áreas;<br>- Em algumas ocasiões, a definição do fluxo é conduzida pelas partes implicadas e não pela Cedin;<br>- Dificuldade de validação dos documentos e adesão pelas áreas.                                                                                              |
| <b>AÇÕES</b>  | - Capacitar as áreas técnicas no desenho dos processos para mapeamento das atividades, de forma a dar celeridade no desenho dos fluxos e normativas (oficinas de trabalho);<br>- Compreensão por parte das áreas do papel da Cedin/Codip e da importância do preenchimento e validação dos documentos produzidos. |

**Meta 3.3.3:** Ampliar a eficiência dos processos da cadeia de suprimentos para 9,70 até 2027. (%)

| Indicador                                     | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-----------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Índice de eficiência da cadeia de suprimentos | Quanto maior, melhor | COPLA | 10,62%    | 9,75%     | 91,81%     |

#### Série Histórica



### Análise de Desempenho

O desempenho da cadeia de suprimentos deve ser avaliado de forma integrada, desde sua etapa inicial — caracterizada pela formalização dos instrumentos de compras por meio dos processos licitatórios — até a execução financeira e o monitoramento de estoques. Nesse sentido, os dados apresentados permitem aferir o nível de eficiência da gestão, considerando variáveis como itens homologados e não homologados nos processos conduzidos pela COPLA, execução orçamentária e controle de perdas no Centro de Distribuição, com ênfase na aderência ao planejamento e no uso racional dos recursos públicos.

No período analisado, o desempenho global alcançou 9,75, correspondente a 91,81% da meta estabelecida (10,62), indicando resultado satisfatório, ainda que abaixo do patamar previsto. A execução financeira atingiu 99,34% do planejado, evidenciando elevado grau de alinhamento com o orçamento e capacidade de execução.

O desempenho inferior à meta decorre, principalmente, do elevado percentual de itens não homologados nos processos licitatórios (43,60%) e das perdas financeiras registradas no estoque (0,48% do valor total armazenado), fatores que impactam diretamente a eficiência da cadeia.

Diante desse cenário, encontram-se em curso ações voltadas à ampliação do percentual de itens homologados, ao aprimoramento dos processos licitatórios e ao fortalecimento dos mecanismos de controle e gestão de estoques. Tais medidas têm como objetivo mitigar perdas, aumentar a eficiência operacional e promover a elevação do desempenho global da cadeia de suprimentos.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número significativo de itens não homologados, exigindo reanálise por parte das áreas envolvidas (COPLA e COEXE)</li> <li>- Valores baixados por perda, consideradas as perdas das unidades com gestão pela Administração direta.</li> </ul> |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevado índice de itens não homologados nos processos licitatórios.</li> <li>- Possíveis inconsistências ou insuficiências nas especificações técnicas e</li> </ul>                                                                          |

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | <p>exigências editalícias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragilidades no monitoramento preventivo de estoque, contribuindo para perdas financeiras.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>AÇÕES</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar e aprimorar as especificações técnicas e pesquisa de mercado dos processos licitatórios, visando aumentar o índice de homologação.</li> <li>- Fortalecer o controle de estoque com monitoramento sistemático, inventários periódicos e análise de giro.</li> <li>- Estabelecer métodos de acompanhamento e controle dos processos licitatórios a fim de identificar o(s) motivo(s) que levam a não homologação do(s) item(ns) e sua(a) consequente(s) correção(ões). O mesmo aplica-se às perdas financeiras.</li> </ul> |

## Relação de Projetos e Planos de Ação Estratégicos

| ID | Secretaria | Título                                           | Classificação        | Responsável              | Status               | Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|------------|--------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | SEAFI      | Gerenciamento integrado da Cadeia de Suprimentos | <b>Projeto</b>       | à definir                | <b>Paralisado</b>    | O Termo de Abertura do Projeto (TAP) foi finalizado pela equipe técnica, dando início formal à iniciativa. No entanto, a solicitação de preenchimento de ferramentas como cronograma, orçamento, matriz de risco e EAP, encaminhada pela CEGPR, ainda não foi atendida.                                                      |
| 2  | SEAFI      | Otimização de Recursos Gerenciados pelo FUNDES   | <b>Plano de Ação</b> | Hilma Alves              | <b>Concluído</b>     | O plano de ação foi elaborado com base em uma ação contínua da área, caracterizada como um processo operacional diário. Atualmente, essa ação encontra-se em execução.                                                                                                                                                       |
| 3  | SEPGI      | Implantação da Rede de Economia da Saúde         | <b>Plano de Ação</b> | Maria Gleide de Oliveira | <b>Monitoramento</b> | O plano contém 12 ações e 24 subação monitoradas, sendo:<br>- 02 em andamento.<br>- 05 não iniciadas.<br>- 17 concluídas.                                                                                                                                                                                                    |
| 4  | SEPGI      | Desenvolvimento Institucional                    | <b>Plano de Ação</b> | Thales Veras Martins     | <b>Monitoramento</b> | A Célula de Desenvolvimento Institucional (CEDIN) da SESA-CE iniciou o mapeamento dos processos críticos definidos no planejamento estratégico, visando otimizar a eficiência operacional e qualificar os serviços. Com 20 processos para entregar até 2027:<br>- 05 em andamento.<br>- 06 não iniciadas.<br>- 09 concluídas |

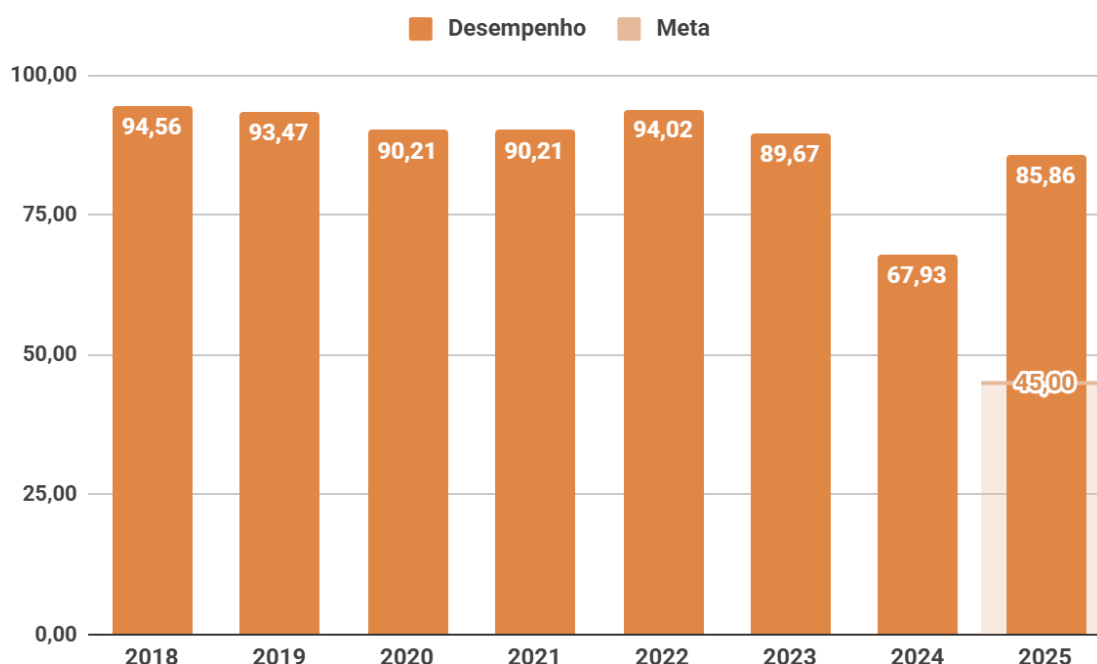
**Objetivo 3.4:** Promover a participação e controle social fortalecendo a governança e gestão na política pública de saúde.

### Desempenho dos Indicadores

**Meta 3.4.1:** Assegurar a análise dos instrumentos de planejamento do SUS pelos Conselhos de Saúde (municipais e estaduais). (%)

| Indicador                                     | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-----------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de análises registradas no Digisus | Quanto maior, melhor | CESAU | 45%       | 85,86%    | 190,80%    |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

Ressalta-se que 158 (cento e cinquenta e oito) municípios correspondem ao percentual de 85,86% do total de municípios do Estado, no período de janeiro a dezembro de 2025. Os dados foram extraídos do instrumento disponível na plataforma “Módulo Planejamento – DigiSUS Gestor”, em 13/02/2026.

A apuração do indicador foi realizada conforme metodologia estabelecida, considerando a razão entre o número de Conselhos Municipais de Saúde com Relatório Anual de Gestão (RAG) aprovado e/ou aprovado com ressalvas e o total de municípios do Estado (184), multiplicado por 100, resultando no percentual apresentado.

Adicionalmente, no mesmo período, o Conselho Estadual de Saúde do Ceará (Cesau/CE) realizou



a aplicação de instrumentos de diagnóstico situacional nas cinco regiões de saúde, por meio de assessores especiais lotados nas superintendências de saúde, totalizando 111 aplicações.

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) devem ser encaminhados aos conselhos de saúde (municipal e estadual) até o dia 30 de março do ano seguinte à execução orçamentária, logo obteve-se um aumento no percentual do terceiro quadrimestre.                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>CAUSAS</b> | - Com o encerramento do terceiro quadrimestre (Janeiro à dezembro), bem como as aplicações dos Instrumentos de Diagnóstico Situacional nos CMS das 5 (cinco) regiões de saúde, teve-se como resultado positivo uma maior análise dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) nos municípios.                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>AÇÕES</b>  | - O Conselho Estadual de Saúde do Ceará - Cesau/CE no corrente ano, intensificou as aplicações dos Instrumentos de Diagnóstico Situacional nas 5 (cinco) regiões de saúde do Ceará, por intermédio dos assessores especiais, lotados nas superintendências de saúde.<br>- Além disso, o Conselho Estadual de Saúde do Ceará - Cesau/CE efetuou 80 (oitenta) atendimentos registrados em livro de ocorrências, com demandas sobre os instrumentos de planejamento e gestão do SUS, bem como controle social. |

### Desempenho das Entregas

| Entrega          | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Evento Realizado | CESAU | 300       | 225       | 75%        |

#### Análise de Desempenho

O Conselho Estadual de Saúde do Ceará - Cesau/CE, no período de Janeiro à Dezembro do corrente ano, promoveu e organizou 225 eventos, destacando-se 193 na região da grande fortaleza, e demais nas regiões de saúde do Estado.

Dentre os eventos destaca-se:

Reuniões de Câmaras Técnicas, Comissões, Plenária, Grupos de Trabalho, reuniões de alinhamento técnico com assessores regionais, todos realizados na grande Fortaleza.

5 eleições nas regiões de saúde, para composição do Cesau/CE (Biênio 2026/2028), 1 na grande Fortaleza (Fortaleza), 1 no Sertão de Canindé (Canindé), 1 no sertão de Sobral (Ipu), 1 no litoral leste (Limoeiro do Norte) e 1 no Centro Sul (Iguatu).

11 eleições de entidades/movimentos sociais e instituições para composição do Cesau/CE (Biênio 2026/2028) no período de 06/10 à 13/10/2025 no auditório do Cesau/CE, na grande Fortaleza.

14 Fóruns Descentralizados de Saúde no mês de novembro:

CARIRI: Juazeiro do Norte, Crato e brejo santo.

CENTRO SUL: Iguatu e Icó.

GRANDE FORTALEZA: Itapipoca, Aquiraz, Caucaia, Maracanaú e Fortaleza.

LITORAL LESTE: Limoeiro do Norte, Aracati.

LITORAL NORTE: Tianguá.

MACIÇO DO BATURITÉ: Baturité.

SERTÃO DE CANINDÉ: Canindé.

SERTÃO DOS INHAMUNS: Camocim e Acaraú.

VALE DO JAGUARIBE: Russas.

SERTÃO CENTRAL: Senador Pompeu.

2 Seminários da Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (CTGTES) nos dias 27/11 e 28/11 de 2025, realizado na Escola de Saúde Pública e outro no Hotel Stop Way na grande Fortaleza.

Oficina de Comunicação (Aracati), no LITORAL LESTE.

Seminário Estadual com a temática HIV/AIDS (Dezembro vermelho) - 02/12/2025, realizado na grande Fortaleza, no auditório Waldir Arcoverde, na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

## Relação de Projetos e Planos de Ação Estratégicos

| ID | Secretaria | Título                                                                                                | Classificação        | Responsável                | Status            | Observação                                                                                                                                                                                                   |
|----|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | CESAU      | Articulação com os Conselhos Municipais de Saúde para fortalecimento do planejamento do SUS no Estado | <b>Plano de Ação</b> | Francisco Rodrigues Soares | <b>Paralisado</b> | A elaboração do plano de ação encontra-se pendente. O material necessário para sua construção, incluindo o link do ferramental (Google Drive), foi encaminhado à área responsável, porém, não houve retorno. |

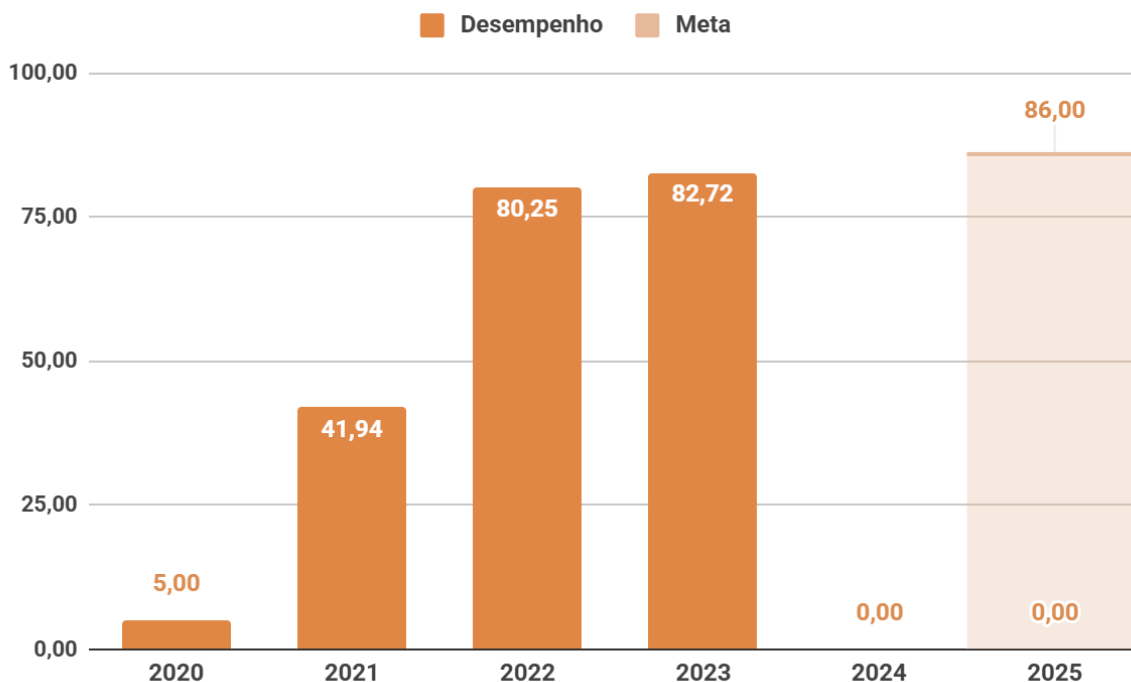
**Objetivo 3.5:** Fortalecer o processo de regionalização e a organização do Sistema Único de Saúde, qualificando as estruturas de governança, a capacidade de gestão e os fluxos de referência.

## Desempenho dos Indicadores

**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                                                           | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de Atendimento aos itens do modelo de governança da SESA | Quanto maior, melhor | CODIP | 86,00%    | 0,00%     | 0,00%      |

### Série Histórica



### Análise de Desempenho

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), por meio da Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e Planejamento (Codip), tem avançado na consolidação de um modelo institucional de governança, orientado ao fortalecimento da eficiência, da transparência e da responsabilização na gestão pública.

A partir de análise técnica, optou-se pela adoção de referenciais consolidados da administração pública como base para o modelo institucional da Sesa, considerando a equivalência entre os critérios desses referenciais e aqueles que seriam empregados na construção de um modelo próprio. Tal decisão possibilita a otimização de esforços, o alinhamento às melhores práticas e o fortalecimento da consistência metodológica do processo.

O modelo de governança da Sesa estrutura-se com base nas diretrizes de Governança em Saúde do Tribunal de Contas da União (TCU), no Índice de Efetividade da Gestão Estadual (IEGE) e nas metodologias do Gestão.Gov, sendo implementado de forma integrada e adaptada às especificidades institucionais. De forma complementar, a Política de Governança Institucional da Sesa estabelece princípios, diretrizes e critérios que orientam a operacionalização do modelo no âmbito da Secretaria.

Atualmente, a proposta encontra-se em fase de planejamento e desenvolvimento, contemplando a estruturação, validação e consolidação dos instrumentos necessários à sua implementação, bem como à definição de mecanismos de monitoramento e avaliação periódica da governança institucional.

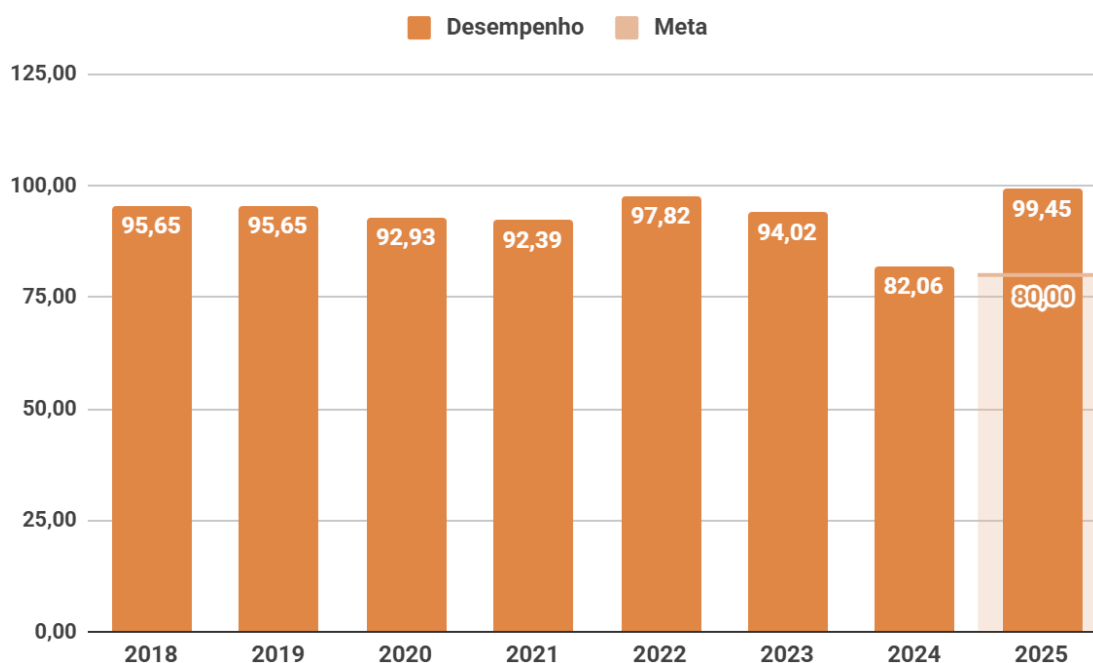
#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | O modelo de governança da Sesa está em fase de planejamento e elaboração.                                                      |
| <b>CAUSAS</b> | - Documento base da Política de Governança em elaboração.<br>- Definição do GT, por se tratar de um processo intersetorial.    |
| <b>AÇÕES</b>  | Elaboração do planejamento do projeto de Governança da Sesa, junto à Célula de Gestão para Resultados e Projetos Estratégicos. |

**Meta 3.5.2:** Ampliar o número de municípios com Planos de Saúde Municipais elaborados e monitorados no DigiSUS, alcançando 100% até 2027. (%)

| Indicador                                                                               | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de municípios com Relatório Anual de Gestão elaborado e publicado no Digisus | Quanto maior, melhor | CODIP | 80%       | 99,45%    | 124,31%    |

#### Série Histórica



### Análise de Desempenho

O indicador tem por finalidade avaliar o cumprimento da Lei Complementar nº 141/2012, que estabelece normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas em saúde, no âmbito dos municípios do Estado do Ceará, especialmente no que se refere à aderência aos instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O resultado de 99,45% corresponde a 183 municípios com Relatórios Anuais de Gestão (RAG) elaborados no exercício de 2022, evidenciando elevado grau de conformidade com a legislação vigente por parte dos entes municipais. Embora o indicador ainda não tenha atingido a totalidade (100%), destaca-se que a meta relacionada à elaboração e ao monitoramento dos Planos Municipais de Saúde no sistema DigiSUS, originalmente prevista para ser alcançada até 2027, já foi integralmente cumprida, uma vez que todos os municípios cearenses possuem seus respectivos planos elaborados.

O monitoramento contínuo dos municípios, realizado por meio da sala de situação do Ministério da Saúde e do sistema DigiSUS, evidencia o esforço institucional da Sesa no acompanhamento e apoio técnico aos entes municipais quanto à aplicação da Lei Complementar nº 141/2012. Adicionalmente, a realização sistemática de atendimentos às demandas municipais demonstra postura proativa na orientação e no esclarecimento de dúvidas, contribuindo para o fortalecimento da gestão do planejamento do SUS.

Essas ações são fundamentais para assegurar a adequada aplicação dos recursos públicos, o cumprimento dos compromissos pactuados no âmbito do SUS e a garantia do acesso a serviços de saúde de qualidade para a população.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

#### FATOS

- O atingimento da meta de 100% dos Planos Municipais de Saúde Elaborados (2022-2025).



#### CAUSAS

- Mobilização dos Municípios que impulsionou o atingimento da meta.

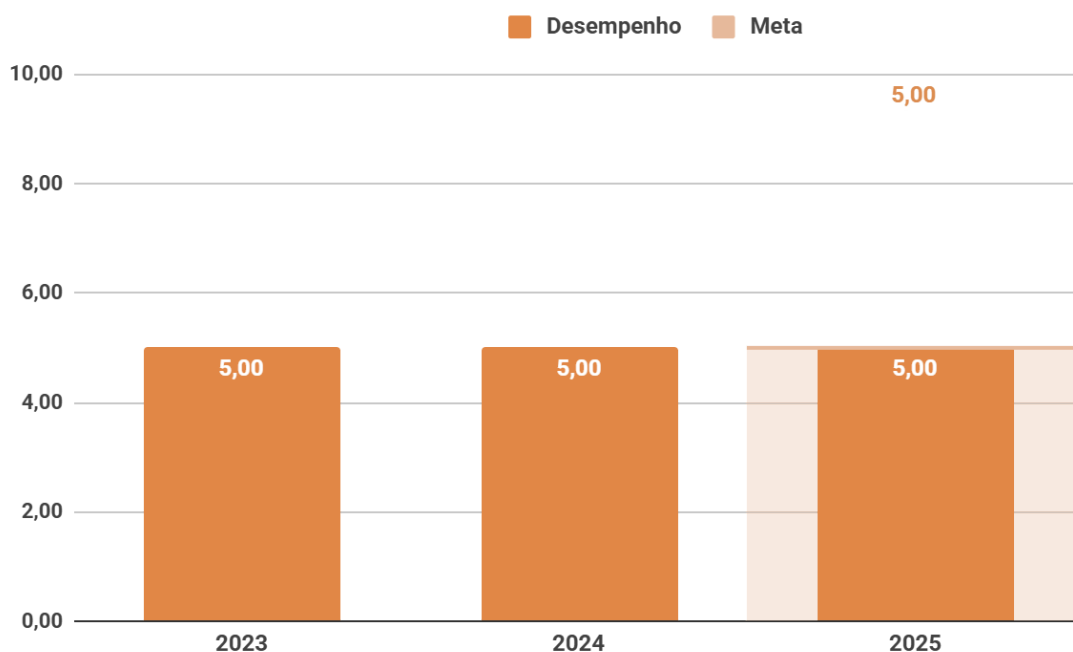
#### AÇÕES

- Contínuo acompanhamento do indicador visando a elaboração do próximo ciclo de planejamento municipal (2026 - 2029).

**Meta 3.5.3:** Garantir os meios operacionais para funcionamento das estruturas de governança das Redes de Atenção à Saúde. (Unid.)

| Indicador                                                                                               | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Número de Superintendências Regionais com Comitês de Apoio à Governança Regional em pleno funcionamento | Quanto maior, melhor | SEADE | 5         | 5         | 100%       |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

O desempenho do indicador evidencia que a estrutura de governança regional do SUS encontra-se institucionalmente implantada e em pleno funcionamento nas cinco Superintendências Regionais de Saúde, demonstrando a consolidação do processo de regionalização no âmbito estadual. Embora tenha sido observada oscilação no segundo quadrimestre, com desempenho de

80%, em decorrência de dificuldades pontuais relacionadas à transição de gestão e à reorganização administrativa em uma das regionais, a situação foi devidamente acompanhada e regularizada no período subsequente.

A retomada do pleno funcionamento dos Comitês de Apoio à Governança Regional no terceiro quadrimestre reforça a efetividade das ações de monitoramento, articulação e apoio técnico conduzidas pela gestão estadual. O resultado final do exercício, com 100% de cumprimento da meta, evidencia elevada capacidade institucional de resposta, fortalecimento das instâncias colegiadas e amadurecimento do modelo de gestão desconcentrada.

Conclui-se, portanto, que o indicador reflete avanço consistente na qualificação das estruturas de governança regional, contribuindo diretamente para o aumento da eficiência, o alinhamento estratégico e a efetividade na implementação das políticas públicas de saúde, em consonância com as Diretrizes.

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pleno funcionamento dos Comitês de Governança Regional em Saúde (CGRS) nas Regiões de Saúde do Cariri, Sobral, Litoral Leste/Vale do Jaguaribe e Sertão Central, com realização regular de reuniões e cumprimento das pautas pactuadas.</li> <li>- Retomada das atividades do CGRS da Região de Saúde de Fortaleza, com reestruturação do colegiado e restabelecimento do fluxo de reuniões.</li> </ul>            |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reorganização institucional das Superintendências Regionais, com redefinição de membros e atualização das composições dos Comitês.</li> <li>- Necessidade de alinhamento técnico e administrativo para recomposição das instâncias de governança regional.</li> <li>- Fortalecimento das diretrizes da política de regionalização e indução da gestão estadual para retomada das instâncias colegiadas.</li> </ul> |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atualização formal da composição dos CGRS, com publicação e comunicação aos entes envolvidos.</li> <li>- Realização de reuniões ordinárias e extraordinárias para recomposição das agendas prioritárias.</li> <li>- Apoio técnico da SEADE às Superintendências Regionais para fortalecimento da governança e padronização dos fluxos.</li> <li>- Monitoramento sistemático do funcionamento dos CGRS.</li> </ul>  |

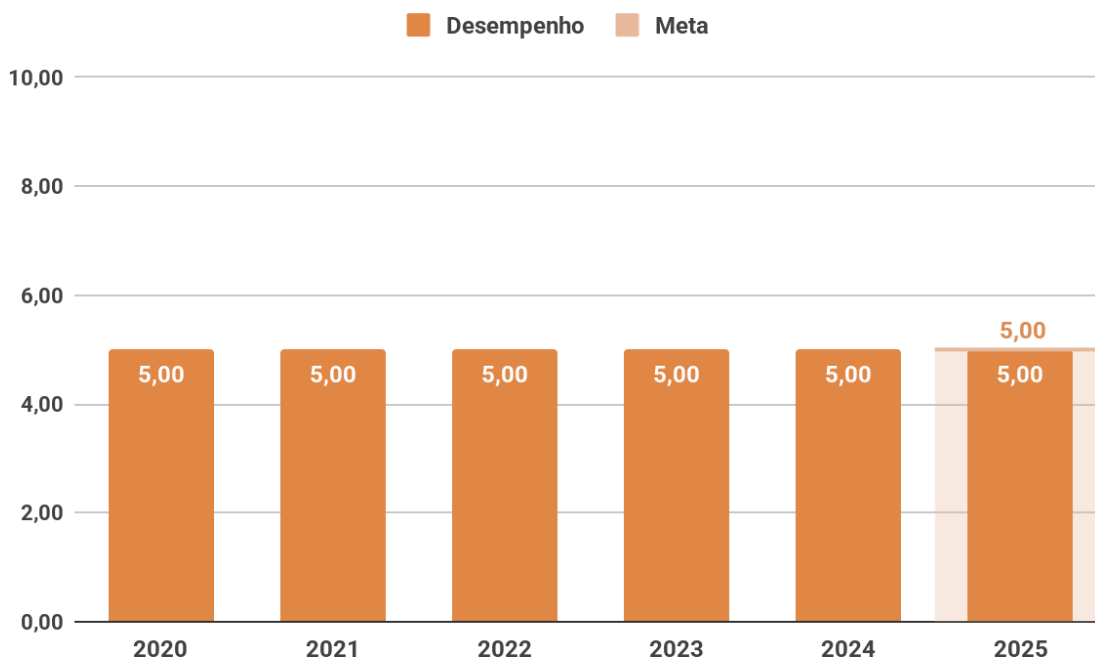
**Meta 3.5.4:** Prover as Superintendências Regionais de condições técnicas, administrativas e jurídicas para o desenvolvimento de suas responsabilidades como instância de coordenação regional. (Unid.)

| Indicador                                                                           | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Número de Superintendências Regionais com estrutura adequada ao pleno funcionamento | Quanto maior, melhor | SEADE | 5         | 5         | 100%       |





### Série Histórica



### Análise de Desempenho

O indicador atingiu 100% da meta prevista, evidenciando que todas as cinco Superintendências Regionais dispõem de estrutura considerada adequada ao pleno exercício de suas competências como instâncias de coordenação regional do SUS. O desempenho integral alcançado reflete a maturidade institucional e o fortalecimento da gestão desconcentrada no âmbito estadual.

A provisão de suporte estruturado às Superintendências Regionais assegura maior capacidade de coordenação, qualifica os processos decisórios e contribui diretamente para o aprimoramento da eficiência da governança regional do SUS.

A consolidação das condições técnicas, administrativas e jurídicas reforça a sustentabilidade do processo de regionalização, promovendo maior integração entre a gestão central e as instâncias regionais, além de ampliar a efetividade na implementação das políticas públicas de saúde.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

#### FATOS

- As Superintendências Regionais formalizaram solicitação de apoio técnico, conforme suas necessidades específicas para o pleno exercício de suas atribuições como instância de coordenação regional. A SEADE realizou o levantamento e a consolidação das demandas apresentadas, garantindo a identificação das prioridades e o alinhamento às diretrizes institucionais. O indicador registra que 5 de 5 Superintendências Regionais possuem estrutura adequada ao pleno funcionamento (100%).

#### CAUSAS

- A ampliação e a complexidade das atribuições das Superintendências Regionais demandaram suporte técnico, administrativo e jurídico complementar para assegurar maior eficiência na coordenação regional. Além disso, a necessidade de padronização de procedimentos e fortalecimento institucional evidenciou a importância de planejamento

|              |                                        |
|--------------|----------------------------------------|
|              | estruturado das demandas apresentadas. |
| <b>AÇÕES</b> | - Nada Consta                          |

## Relação de Projetos e Planos de Ação Estratégicos

| ID | Secretaria | Título                                                                 | Classificação        | Responsável           | Status              | Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | SEPGI      | Implantação do Sistema de Governança Estadual                          | <b>Projeto</b>       | Thales Veras Martins  | <b>Planejamento</b> | Aguardando a elaboração do Termo de Abertura do Projeto (TAP).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 2  | SEADE      | Fortalecimento e estruturação das Superintendências Regionais de Saúde | <b>Projeto</b>       | Diones Gomes da Silva | <b>Paralisado</b>   | A execução do projeto demanda articulação direta com instâncias de gestão superior da Sesa. Em virtude disso, as tratativas referentes à continuidade, redefinição de diretrizes e alocação de recursos para o referido projeto devem ocorrer no âmbito da alta gestão, com a necessária participação da Secretaria Executiva de Planejamento e Gestão Interna e da Secretaria Executiva Administrativa e Financeira, órgãos responsáveis, respectivamente, pela coordenação das ações estratégicas, planejamento orçamentário e gestão de recursos. |
| 3  | SEPGI      | Fortalecimento do planejamento do SUS no Estado                        | <b>Plano de Ação</b> | Thales Veras Martins  | <b>Concluído</b>    | Considerando que o Plano de Ação foi elaborado para atender a uma solicitação pontual do Ministério Público: Situação dos instrumentos de planejamento para identificação dos municípios com pendências na elaboração dos Instrumentos de Planejamento. Esse alinhamento entre o Plano de Ação e o processo de trabalho da CEPIN garante que as informações apresentadas sejam consistentes e atendam aos requisitos da solicitação.                                                                                                                 |

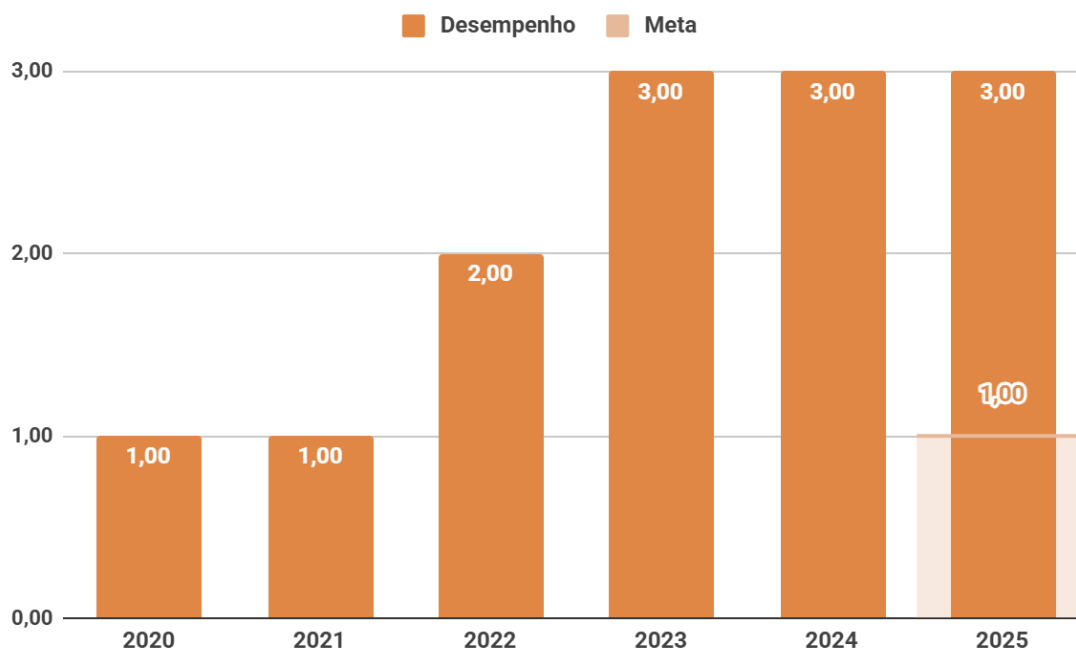
**Objetivo 3.6:** Formular, regulamentar e avaliar as políticas de saúde alinhadas às prioridades sanitárias do Estado.

### Desempenho dos Indicadores

**Meta 3.6.1:** Formular políticas de saúde de acordo com as prioridades e necessidades da população. (Unid.)

| Indicador                               | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-----------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Número de políticas de saúde formuladas | Quanto maior, melhor | COGEC | 1         | 3         | 300%       |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

O presente indicador tem por finalidade acompanhar a formulação de Políticas de Saúde alinhadas às prioridades e necessidades da população, constituindo-se como instrumento estratégico de organização do Sistema Único de Saúde (SUS). As Políticas de Saúde representam mecanismos de intervenção do Estado sobre problemas prioritários identificados, além de exercerem papel estruturante como diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde.

No exercício de 2025, observa-se avanço significativo na agenda normativa da saúde estadual, com a elaboração de três Políticas Estaduais de alta relevância estratégica e assistencial, abrangendo áreas prioritárias da atenção à saúde:

1 Política Estadual do Sangue e Atenção Hematológica (Portaria nº 737/2025, de 10 de março de 2025), voltada ao fortalecimento da hemorrede e da segurança transfusional;

2 Política Estadual de Atenção às Pessoas com Necessidades Essenciais em Saúde (Portaria nº 4862/2025, de 22 de setembro de 2025), com foco na organização do cuidado integral a grupos com demandas específicas e contínuas;

3 Política Estadual de Controle do Câncer na Criança e no Adolescente (Portaria nº 5551/2025, de 28 de novembro de 2025), orientada ao fortalecimento das ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oncológico pediátrico.

A consolidação dessas políticas evidencia o fortalecimento da capacidade de planejamento e governança da Sesa, contribuindo para a qualificação das ações em rede, a ampliação da equidade no acesso e o aprimoramento da resposta institucional às demandas prioritárias de saúde da população.

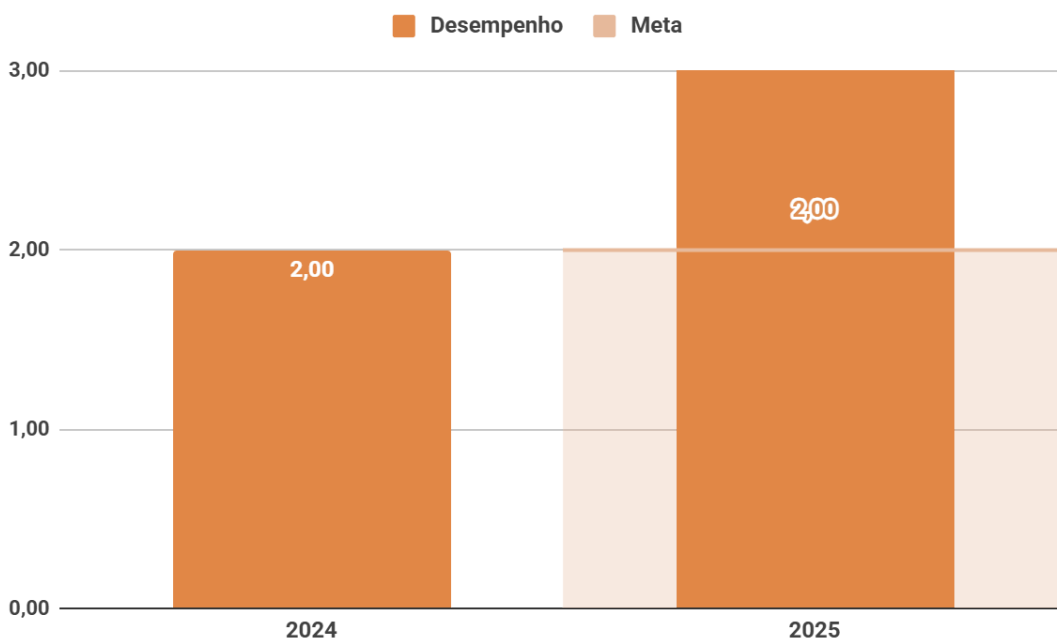
#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Meta superada em 300%.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>CAUSAS</b> | - Atendimento às demandas externas da sociedade, áreas técnicas da saúde, Ministério Público do Estado, entre outros.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>AÇÕES</b>  | - Identificação da necessidade, prioridades, avaliação de demandas; Levantamento de informações; Elaboração de documento base para iniciar às discussões; Formação de um Grupo Condutor; Definição de metodologia de acordo com a complexidade e necessidade; Elaboração de Cronograma de Trabalho; Reuniões com Grupo Condutor; Apresentação e discussão na Câmara Técnica da CIB; Pactuação na CIB; Submissão da proposta para apreciação e aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde (CESAU); Publicação no Diário Oficial. |

**Meta 3.6.2:** Avaliar os resultados da implantação das políticas de saúde. (Unid.)

| Indicador                              | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|----------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Número de políticas de saúde avaliadas | Quanto maior, melhor | COGEC | 2         | 4         | 200%       |

#### Série Histórica



### Análise de Desempenho

O presente indicador tem por finalidade aferir e mensurar os resultados da execução e do desempenho das políticas de saúde instituídas nos anos de 2022 e 2023, com base em instrumento técnico de avaliação específico. O Relatório de Avaliação das Políticas foi elaborado pela COGEC e devidamente preenchido pelas áreas responsáveis pela gestão e acompanhamento de cada política, assegurando a análise sistemática dos resultados alcançados.

**No exercício de 2025, foram submetidas à avaliação as seguintes políticas:**

- Política Estadual de Promoção à Saúde;
- Política Estadual de Saúde do(a) Trabalhador(a);
- Política Estadual de Doação e Transplante;
- Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

O processo avaliativo encontra-se tecnicamente concluído, evidenciando o avanço da institucionalização do monitoramento e da avaliação de políticas públicas no âmbito da Sesa. No entanto, o resultado ainda aguarda validação pelo Conselho Estadual de Saúde (CESAU), etapa necessária para sua oficialização e posterior publicação.

Esse fluxo reforça a governança do processo avaliativo, assegurando legitimidade institucional, transparência e controle social sobre os resultados das políticas implementadas.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

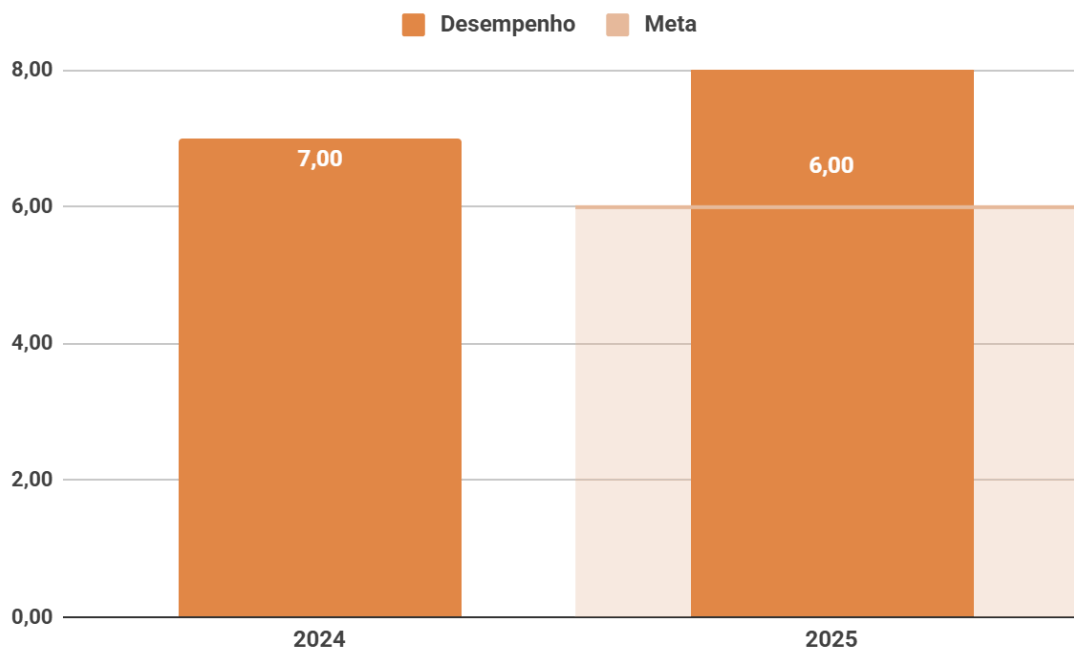
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Meta superada em 200%                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>CAUSAS</b> | - Processo inerente à administração pública e ao ciclo completo da organização e implementação de políticas públicas.                                                                                                                                                                                       |
| <b>AÇÕES</b>  | - Elaboração de instrumento para estruturação das ações programadas por eixo de ação "Roteiro de Verificação"; Definição de critérios para selecionar as políticas a serem avaliadas; Definição de Metodologia; Reunião com as áreas técnicas responsáveis pelo gerenciamento das políticas para repasse de |

informações, orientação para o preenchimento das ações realizadas, validação e comprovação das evidências, forma de coleta das informações, fórmula de cálculo, prazos, dentre outras; Organização do documento, por eixos temáticos integrantes das políticas; Validação dos eixos temáticos pela área técnica responsável; Aplicação do instrumento; Análise dos dados e informações; Elaboração do relatório e encaminhamento ao Conselho Estadual de Saúde, por meio da Câmara Técnica de Monitoramento e Avaliação; Comprovação das evidências.

**Meta 3.6.3:** Qualificar as práticas nos serviços de saúde por meio da publicação e divulgação de instrumentos técnicos, informativos e gerenciais. (Unid.)

| Indicador                                                             | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Número de instrumentos técnicos, informativos e gerenciais publicados | Quanto maior, melhor | COGEC | 6         | 11        | 183,33%    |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

O presente indicador tem por finalidade acompanhar o número de instrumentos elaborados para o fortalecimento das políticas de saúde, com vistas à qualificação das práticas nos serviços de saúde. Esses instrumentos abrangem diferentes naturezas e finalidades, incluindo: Instrumentos Técnicos (linhas de cuidado, protocolos, diretrizes, notas técnicas e regulamentos técnicos), Informativos (manuais, cartilhas e instrutivos), Normativos (portarias e resoluções) e Gerenciais (planos de ação, programas, projetos e ações estratégicas).

No exercício de 2025, foram elaborados e publicados 11 (onze) instrumentos, conforme detalhamento a seguir:

### 1. Instrumentos Técnicos (total: 7)

1 - Linha de Cuidado à Pessoa com Sobrepeso e Obesidade (Portaria nº 582/2025, de 14 de março de 2025);

2 - Linha de Cuidado à Saúde da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no Ciclo de Vida (Portaria nº 1033/2025, de 9 de abril de 2025);

3 - Linha de Atenção à Pessoa em Cuidados Paliativos (Resolução nº 413/2025 – CIB/CE);

4 - Linha de Cuidado à Pessoa com Endometriose (Resolução nº 522/2025 – CIB/CE);

5 - Linha de Cuidado à Saúde da Mulher na Perda Perinatal (Resolução nº 525/2025 – CIB/CE);

6 - Protocolo Unificado de Atendimento Prioritário para Crianças e Adolescentes em Situação de Violência;

7 - Instrumentos técnicos de orientação do Comitê Estadual de Prevenção à Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (publicados no site da Sesa).

### 2. Instrumentos Informativos (total: 4)

1 - Cartilha de Prevenção ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes (site da Sesa);

3 - Portfólio das Políticas Estaduais de Saúde do Ceará 2021–2024 (site da Sesa);

4 - Informativo aos profissionais de saúde sobre Síndrome Pós-Poliomielite (SPP);

5 - Informativo à população sobre a Síndrome Pós-Poliomielite (SPP).

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - Meta superada em 183,33%.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>CAUSAS</b> | - Fortalecimento das Políticas e Gestão do Cuidado, bem como subsidiar os profissionais da saúde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>AÇÕES</b>  | - Avaliação da necessidade, de acordo com as prioridades estabelecidas pela gestão e demandas de diversos segmentos da sociedade; Levantamento de dados epidemiológicos, informações, legislação, evidências, para subsidiar a construção de documento base norteador da Linha do Cuidado; Elaboração de documento base para iniciar as discussões com o grupo técnico; Formação de um Grupo Técnico (GT); Definição de metodologia e cronograma de trabalho; Reuniões com GT; Apresentação e discussão na Câmara Técnica da CIB; Pactuação na CIB; Publicação no Diário Oficial. |



## Relação de Projetos e Planos de Ação Estratégicos

| ID | Secretaria | Título                                                                  | Classificação        | Responsável            | Status               | Observação                                                                                                |
|----|------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | SEAPS      | Painel de acompanhamento do cuidado às pessoas em situação de violência | <b>Plano de Ação</b> | Luciene Alice da Silva | <b>Monitoramento</b> | O plano contém 9 ações monitoradas, sendo:<br>- 01 não iniciada.<br>- 08 concluídas.                      |
| 2  | SEAPS      | Avaliação das Políticas de Saúde                                        | <b>Plano de Ação</b> | Luciene Alice da Silva | <b>Monitoramento</b> | O plano contém 6 ações monitoradas, sendo:<br>- 01 em andamento.<br>- 01 não iniciada<br>- 04 concluídas. |

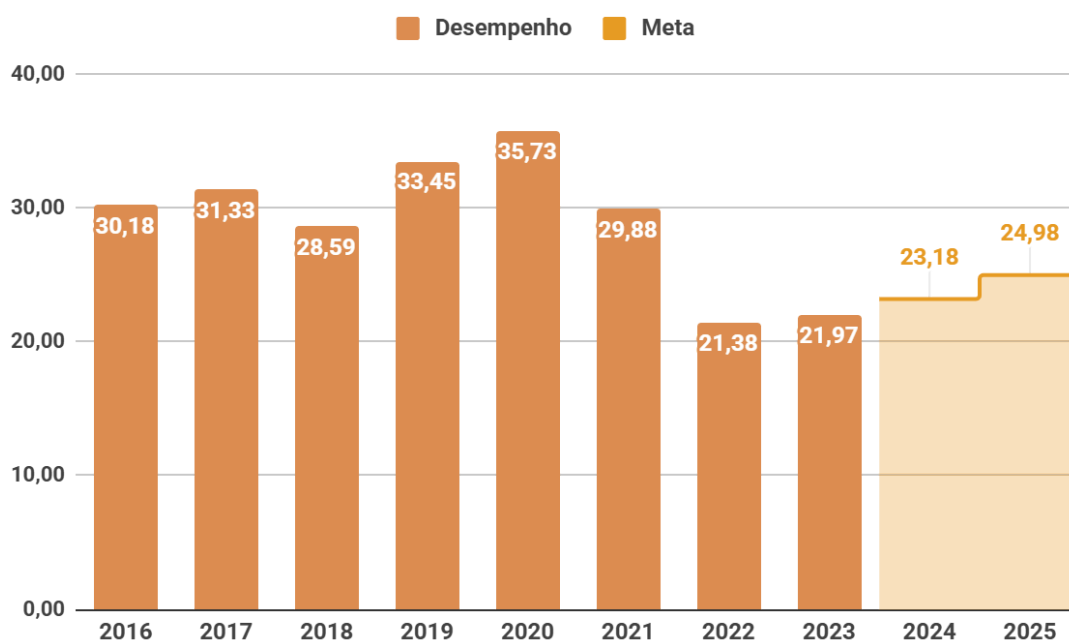
**Objetivo 3.7:** Captar recursos para sustentabilidade econômico-financeira.

## Desempenho dos Indicadores

**Meta 3.7.1:** Ampliar o percentual de recursos oriundos de fontes externas suplementadas passando de 21,38% em 2022 para 28,59% até 2027. (%)

| Indicador                                                      | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de recursos suplementados oriundos de fonte externa | Quanto maior, melhor | COFIN | 24,98%    | -         | -          |

### Série Histórica



### Análise de Desempenho

Análise não elaborada pela área técnica.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

Análise não elaborada pela área técnica.

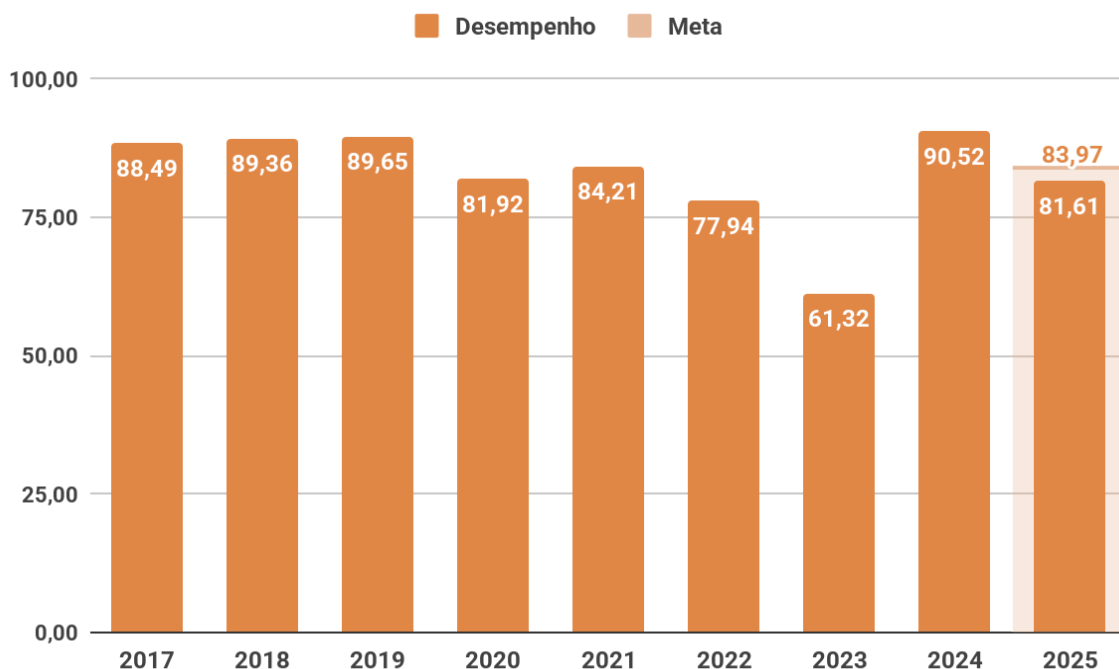
**Objetivo 3.8:** Aprimorar a execução de recursos orçamentários e financeiros de forma eficaz garantindo a efetividade dos recursos públicos.

### Desempenho dos Indicadores

**Meta 3.8.1:** Aumentar o percentual de execução financeira, passando de 77,94% em 2022 para 90% até 2027. (%)

| Indicador                                                         | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de Execução Financeira de fontes gerenciadas pela SESA | Quanto maior, melhor | COFIN | 83,97%    | 81,61%    | 97,19%     |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

O indicador foi apurado a partir da análise comparativa entre os valores efetivamente pagos e os valores programados, compreendendo a dotação autorizada pela Lei Orçamentária Anual acrescida dos créditos adicionais, bem como os valores inscritos em restos a pagar. A base de dados utilizada foi extraída dos sistemas SIOF e SIAFE, com posição em 23/02/2026.

A metodologia adotada permite avaliar o grau de execução orçamentária, considerando não apenas a programação atualizada, mas também os compromissos assumidos em exercícios anteriores por meio dos restos a pagar, o que confere maior aderência à realidade da execução

financeira e ao ciclo completo da despesa pública.

A análise desse indicador possibilita mensurar a capacidade de execução do orçamento frente ao planejamento estabelecido, evidenciando o nível de aderência entre a programação financeira e os pagamentos efetivamente realizados. Desvios entre os valores programados e executados podem refletir fatores como reprogramações orçamentárias, variações no ritmo de execução das despesas, entraves operacionais ou administrativos, bem como ajustes decorrentes da dinâmica de contratação e execução de políticas públicas.

Nesse contexto, o indicador constitui instrumento relevante para o monitoramento da eficiência da execução orçamentária, subsidiando a tomada de decisão gerencial e o aprimoramento dos processos de planejamento e execução financeira no âmbito da gestão pública estadual.

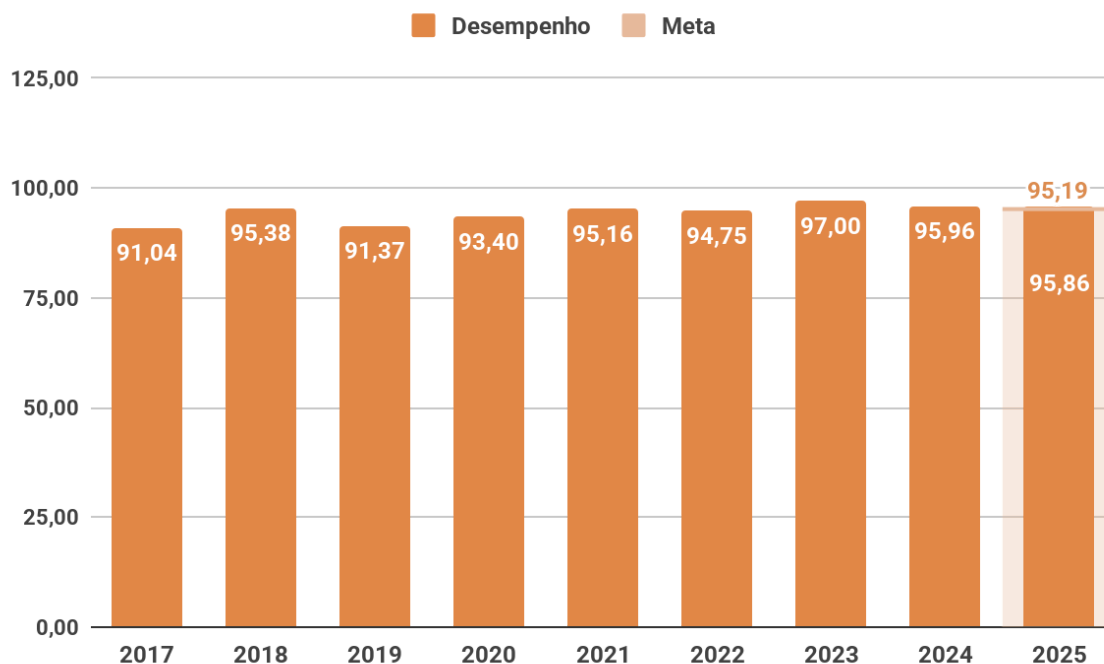
#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - A meta estabelecida para o exercício não foi atingida, devido ao encerramento antecipado do sistema SIAFE, culminando na redução dos pagamentos.                                                                                                                                                                                                |
| <b>CAUSAS</b> | - A antecipação do fechamento do sistema SIAFE, bem como o atraso no envio de processos por parte das áreas demandantes impactou diretamente na realização dos pagamentos.                                                                                                                                                                        |
| <b>AÇÕES</b>  | - Para a execução financeira atingir a meta estabelecida para o exercício financeiro, faz-se necessário o apoio das áreas demandantes no encaminhamento célere dos processos de pagamento, com a instrução processual completa, considerando as frequentes antecipação do encerramento do exercício, em conformidade com as resoluções do COGERF. |

**Meta 3.8.2:** Aumentar o desempenho orçamentário e financeiro, assegurando a aplicação adequada dos recursos públicos passando de 94,62% em 2022 para 95,96% até 2027.

| Indicador                                          | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|----------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de desempenho orçamentário e financeiro | Quanto maior, melhor | COGEO | 95,19%    | 95,86%    | 100,70%    |

#### Série Histórica



### Análise de Desempenho

O indicador de Execução Orçamentária/Financeira tem por objetivo demonstrar a realização dos empenhos orçamentários e financeiros em consonância com a meta anual estabelecida, fixada em 95,19% para o exercício de 2025. Esse desempenho reflete o volume de recursos executados na área da saúde ao longo do exercício, considerando todas as fontes de financiamento e abrangendo as despesas classificadas nos três grupos: pessoal, manutenção e estruturação.

Em 2025, a execução dos recursos da SESA apresentou desempenho superior à meta estabelecida, alcançando 95,86% em relação ao previsto para o período anual. Esse resultado evidencia uma execução orçamentária satisfatória, com elevado grau de aderência ao planejamento financeiro e capacidade de realização das despesas programadas.

De forma geral, o desempenho alcançado indica boa eficiência na execução dos recursos públicos, reforçando a consistência da gestão orçamentária e financeira no âmbito da Secretaria da Saúde.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

#### FATOS

- Monitoramento eficiente;
- Tempo de execução suficiente para um bom desempenho;
- Alta Gestão impulsionando a execução dos recursos pelas Unidades Orçamentárias.

#### CAUSAS

- Cumprimento da maioria das metas estabelecidas no Plano Anual de Saúde, a partir das análises dos indicadores realizados quadrimestralmente, na Prestação de Contas para o CESAÚ;
- Melhor planejamento das Unidades Orçamentárias na execução das despesas;
- Planejamento, monitoramento e controle frequentes;
- Capacidade de adaptações operacionais.



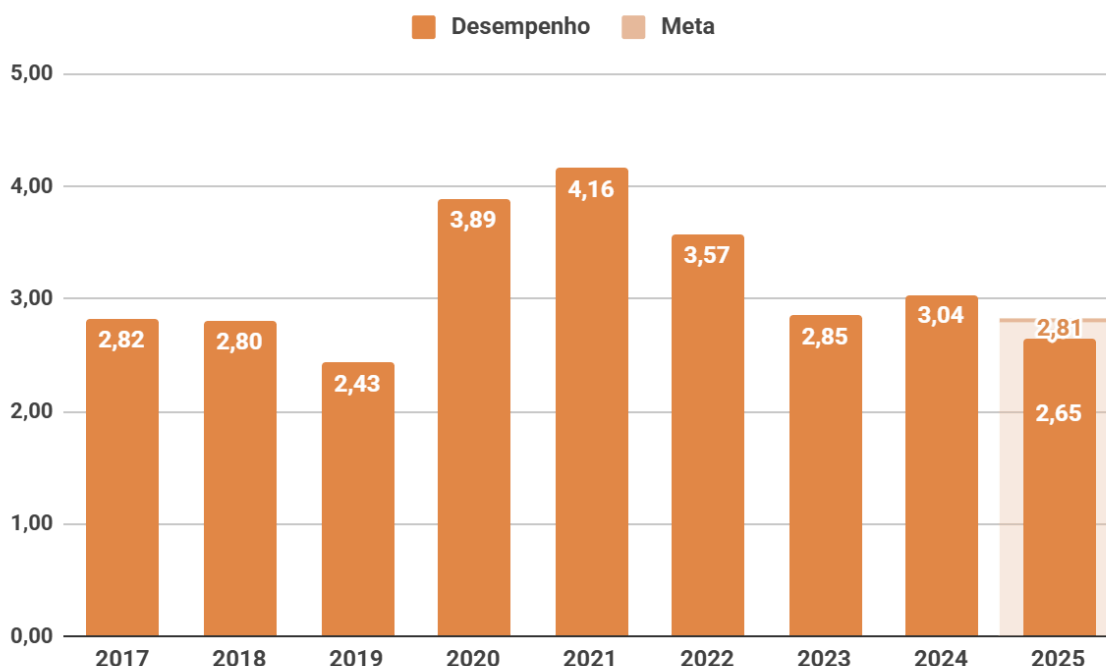
## AÇÕES

- Continuidade incessante no monitoramento da execução orçamentária/financeira, e colaborar com as equipes envolvidas diretamente na execução orçamentária.

**Meta 3.8.3:** Otimização dos gastos administrativos, passando de 3,26% em 2022 para 2,36% até 2027 (%)

| Indicador                          | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de otimização de gastos | Quanto menor, melhor | COGEO | 2,81%     | 2,65%     | 105,69%    |

## Série Histórica



## Análise de Desempenho

O Indicador de **Otimização dos Gastos Administrativos (IOGA)** tem por objetivo mensurar a participação das despesas administrativas empenhadas no conjunto do orçamento da Secretaria da Saúde não destinado a pessoal e encargos. Trata-se, portanto, de um indicador de eficiência alocativa, cujo propósito é avaliar o peso relativo dos gastos administrativos sobre a base orçamentária elegível, buscando-se sua manutenção em patamar controlado, de forma a assegurar maior disponibilidade de recursos para as ações finalísticas da saúde.

No exercício de 2025, o indicador foi apurado a partir de R\$ 139.075.137,60 de despesas administrativas empenhadas, sobre uma base de cálculo de R\$ 5.234.244.334,00, correspondente ao total da Lei Orçamentária da Sesa (R\$ 7.106.664.042,00), deduzidos R\$ 1.872.419.708,00 relativos a

peçoal e encargos. Como resultado, o IOGA atingiu 2,65%.

Considerando que a meta anual estabelecida para 2025 era de 2,81%, o desempenho do indicador foi favorável, uma vez que o resultado observado ficou 0,16 ponto percentual abaixo da meta. Ressalta-se que, por se tratar de um indicador de natureza inversa, valores inferiores representam melhor desempenho, indicando maior eficiência na alocação dos recursos e maior preservação do orçamento para as atividades finalísticas da Secretaria.

O resultado evidencia aderência ao planejamento orçamentário e efetividade no monitoramento das despesas administrativas ao longo do exercício, contribuindo para a contenção da expansão relativa desses gastos. Na análise comparativa da série histórica, observa-se manutenção do indicador em patamar reduzido, com desempenho inferior ao registrado em 2024 (3,04%) e também abaixo de 2022 (3,26%), o que evidencia tendência de melhoria na eficiência da gestão dos gastos administrativos no período recente.

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

##### FATOS

- O IOGA da Secretaria da Saúde encerrou 2025 em 2,65%, abaixo da meta anual de 2,81%;
- O numerador do indicador totalizou R\$139.075.137,60 em gastos administrativos empenhados;
- O denominador totalizou R\$5.234.244.334,00, correspondente ao Total Geral da Lei da Sesa excluído o grupo de Pessoal e Encargos;
- Em relação a 2024 (3,04%), houve redução de 0,39 ponto percentual;
- Na série recente, o resultado também se mostra inferior ao patamar de 2022 (3,26%).

##### CAUSAS

- O resultado favorável decorre do controle relativo das despesas administrativas frente ao orçamento elegível da Secretaria ao longo do exercício;
- A escala do orçamento elegível da Secretaria contribuiu para que a participação relativa das despesas administrativas permanecesse em patamar reduzido.

##### AÇÕES

- Para o próximo ciclo, recomenda-se o aprimoramento da governança do indicador e do seu modelo de acompanhamento. No plano metodológico, propõe-se a padronização da divulgação em duas perspectivas complementares — IOGA-Base, calculado sobre a dotação fixada na Lei, e IOGA-Ajustado, que considere eventual repercussão de créditos orçamentários incidentes sobre despesas administrativas —, de modo a qualificar a leitura do resultado ao longo do exercício e ampliar a transparência analítica da apuração. Nesse contexto, também se recomenda que, sempre que houver alterações orçamentárias com impacto relevante sobre a composição do indicador, seja realizada análise específica de seus efeitos sobre o numerador, o denominador e a meta de referência do exercício.
- Adicionalmente, os resultados comparativos de 2025 evidenciam que a Secretaria da Saúde apresentou IOGA de 2,65%, posicionando-se entre os menores percentuais observados no conjunto de órgãos estaduais analisados, abaixo, inclusive, de pastas como Cultura (2,61% próxima, mas ligeiramente inferior), Educação (2,56%), Desenvolvimento Agrário (2,33%) e Cidades (2,06%), e muito distante dos maiores níveis verificados em órgãos

como Defensoria Pública Geral do Estado (134,09%), Procuradoria Geral da Justiça (125,86%) e Tribunal de Contas do Estado (119,08%). À luz desse painel, propõe-se a realização de estudo comparativo mais aprofundado com os demais órgãos e secretarias do Estado do Ceará, com vistas à construção de benchmark institucional para o IOGA.

- Essa iniciativa permitirá avaliar, com base empírica e critérios de comparabilidade, o posicionamento relativo da Secretaria da Saúde, bem como subsidiar eventual "recalibragem futura da meta". Com isso, busca-se fortalecer o uso do indicador como instrumento de monitoramento da eficiência administrativa, de apoio à tomada de decisão e de aperfeiçoamento contínuo da gestão orçamentária.

### 3.4 Gestão do Trabalho, Tecnologia e Educação em Saúde

**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 4.1:** Ampliar e qualificar o acesso às informações, por meio de iniciativas de inovação e adoção de soluções tecnológicas integradas e seguras.

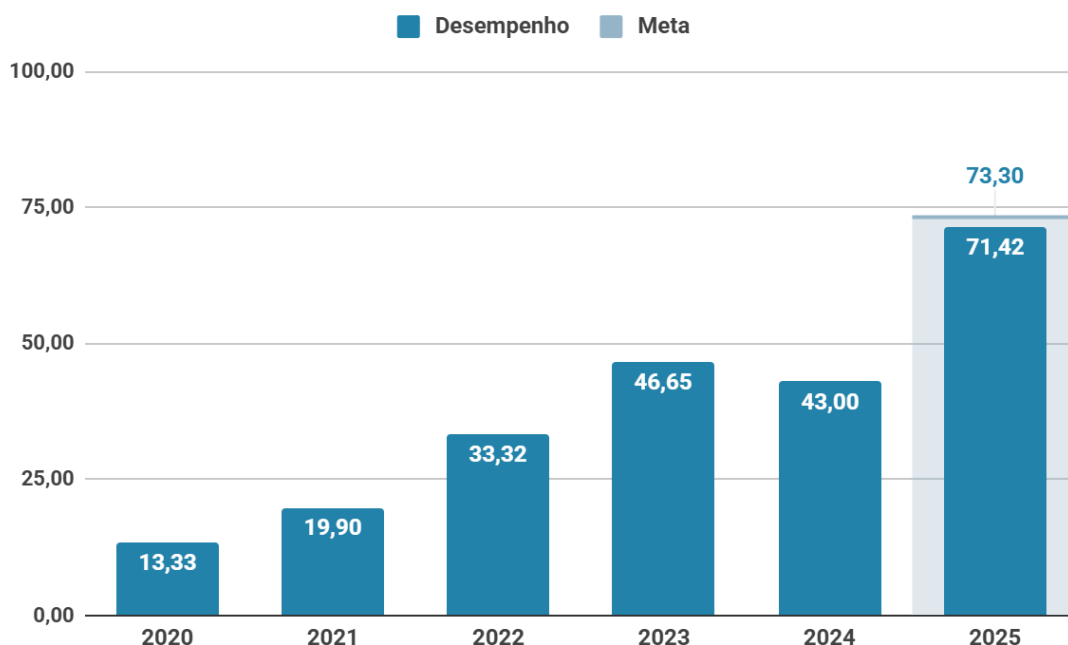
#### Desempenho dos Indicadores

**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                                                                            | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de integração dos sistemas de informações dos serviços de saúde do Estado | Quanto maior, melhor | COTEC | 73,30%    | 71,42%    | 97,44%     |

#### Série Histórica





### Análise de Desempenho

O presente indicador refere-se ao grau de integração dos dados de atendimentos realizados nas diferentes unidades de saúde na plataforma Rede Estadual de Dados em Saúde (REDS), cujo objetivo é consolidar informações assistenciais em um ambiente único e interoperável. A REDS permite o acesso estruturado ao histórico clínico do paciente, integrando dados provenientes dos níveis de atenção primária, secundária e terciária, com impacto direto na continuidade e na qualificação do cuidado.

A implementação da REDS tem como principal referência a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), iniciativa do Ministério da Saúde que estabelece padrões nacionais de interoperabilidade entre sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS. Nesse contexto, a REDS se configura como uma solução estadual complementar, voltada à integração e disponibilização de dados assistenciais para profissionais de saúde, por meio do aplicativo REDS Profissional, e para cidadãos, por meio do CearáApp, ampliando o acesso às informações de saúde e fortalecendo a gestão do cuidado.

Atualmente, a fragmentação dos sistemas de informação ainda representa um desafio para a continuidade assistencial. Nesse sentido, a integração de dados na REDS contribui para maior segurança, agilidade e eficiência no atendimento ao paciente, ao consolidar informações clínicas, laboratoriais, regulatórias e administrativas em uma única plataforma.

Até o momento, foram previstos 14 sistemas para integração à REDS, dos quais 10 já foram efetivamente integrados, resultando em um percentual de execução de 71,42% da meta. Entre os sistemas já integrados, destacam-se: CNES, SIGTAP, SIGES, Fastmedic (regulação e leitos), IntegraSH, Imunização Covid, VITAE (SESA e ISGH) e e-SUS AB (Atenção Básica), com implementação mais recente em 2025.

As integrações ainda pendentes incluem os sistemas Softlab, OneLaudos, ALMOX (abastecimento farmacêutico) e a integração com a RNDS, cuja conclusão é estratégica para a consolidação da interoperabilidade plena da rede.

Ressalta-se que a REDS Profissional foi colocada em produção com a implantação do sistema

IntegraSH no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), em 15/12/2025, representando um marco importante na operacionalização da plataforma em ambiente assistencial.

Embora o resultado do quadrimestre ainda não represente a totalidade da meta, observa-se evolução consistente do processo de integração, com planejamento voltado ao alcance de 100% até o final de 2027. O projeto REDS contribui de forma estruturante para a qualificação da gestão em saúde, promovendo acesso seguro e oportuno às informações, apoio à tomada de decisão clínica e fortalecimento da continuidade do cuidado no âmbito do SUS.

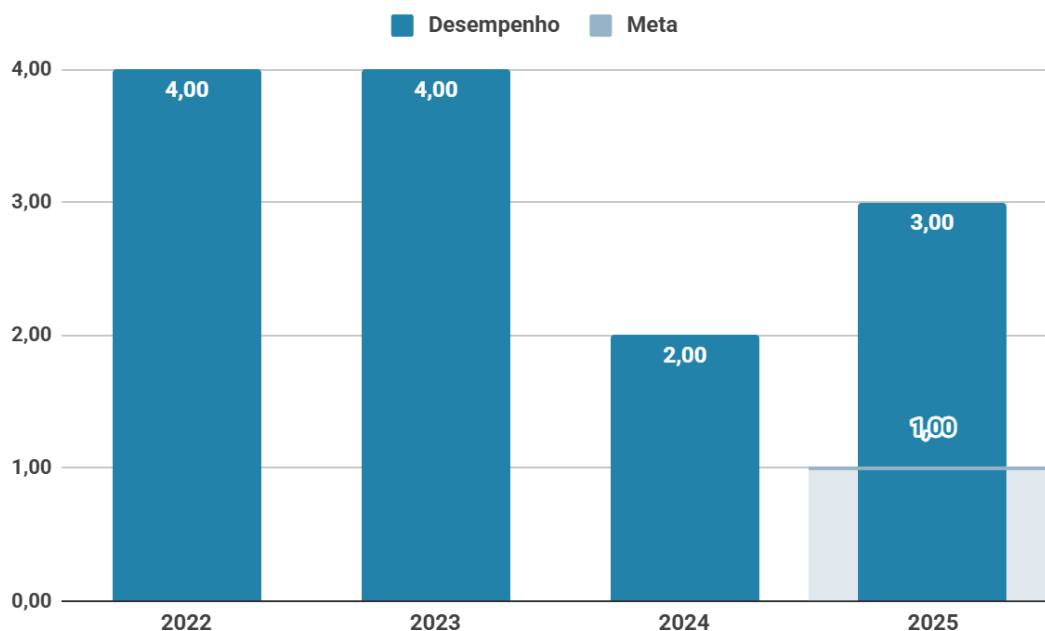
#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | - A implantação da nova versão ( 2.8 ) do sistema IntegraSH no HIAS.                                                                                           |
| <b>CAUSAS</b> | - A necessidade de implantação do IntegraSH em novo hospital nos levou a entregar o primeiro REDS Profissional em produção.                                    |
| <b>AÇÕES</b>  | - O fato da implantação e utilização da REDS Profissional no HIAS, também gerou a aderência dos dados do hospital aos dados da REDS, acontecendo desde dez/25. |

**Meta 4.1.2:** Desenvolver 04 iniciativas inovadoras até 2027 que resultam 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. (Unid.)

| Indicador                                | Polaridade           | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------------------------|----------------------|------|-----------|-----------|------------|
| Número de Iniciativas Inovadoras criadas | Quanto maior, melhor | ESP  | 1         | 3         | 300%       |

#### Série Histórica



### Análise de Desempenho

Em 2025, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) desenvolveu três iniciativas inovadoras voltadas ao fortalecimento da modernização institucional, à integração de sistemas corporativos e à qualificação da gestão estratégica da informação.

Por meio da Diretoria de Inovação, Ciência e Tecnologia (DICIT), foi concluída a estruturação e consolidação do banco de dados do Sistema de Gerenciamento de Acessos (SIGA), estabelecido como base central para os sistemas corporativos da instituição. Essa entrega representa um avanço relevante na governança da informação, contribuindo para o fortalecimento dos mecanismos de controle de acesso, segurança da informação e integração sistêmica no âmbito da ESP/CE.

Adicionalmente, o Centro de Inteligência em Saúde (CISEC) participou da implementação de dois painéis institucionais estratégicos: (i) o painel de Educação Permanente e Profissional em Saúde da ESP/CE, voltado ao monitoramento da oferta educacional, e (ii) o painel de acompanhamento dos alunos da Escola de Saúde Pública do Ceará, destinado à análise do perfil discente e ao suporte ao planejamento acadêmico.

Essas iniciativas ampliam a capacidade institucional de monitoramento e análise de dados, fortalecem o acompanhamento das ações finalísticas e qualificam os processos decisórios, contribuindo para uma gestão mais integrada, orientada por evidências e alinhada aos princípios de inovação e eficiência no âmbito da ESP/CE.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

#### FATOS

- Implantação do banco de dados do Sistema de Gerenciamento de Acessos (SIGA), estruturado como base central para os sistemas corporativos da ESP/CE;
- Implantação de dois painéis institucionais pelo Centro de Inteligência em Saúde: Painel Educação Permanente e Profissional em Saúde – ESP/CE; Painel Alunos da Escola de Saúde Pública do Ceará.
- Superação da meta anual prevista para o indicador.

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaboração técnica do Centro de Inteligência em Saúde (CISEC), cujas entregas não estavam inicialmente previstas para 2025;</li> <li>- Integração entre a Diretoria de Inovação, Ciência e Tecnologia (DICIT) e o CISEC, potencializando a agenda de modernização institucional;</li> <li>- Priorização estratégica da pauta de inovação e fortalecimento da gestão baseada em dados.</li> </ul> |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar a parametrização da meta para os próximos ciclos, considerando a capacidade instalada.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## Desempenho das Entregas

| Entrega          | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução% |
|------------------|------|-----------|-----------|-----------|
| Evento Realizado | ESP  | 13        | 4         | 31%       |

### Análise de Desempenho

No exercício de 2025, a Gerência de Pesquisa em Saúde (GEPES) da ESP/CE avançou realizou 04 momentos formativos: 01 com orientadores da RESMULTI, 01 com residentes da RESMULTI, 01 com os representantes da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso Sul e 01 com acadêmicos de psicologia da Universidade Federal do Ceará, acerca de boas práticas para elaboração de trabalhos científicos, fluxo editorial da Revista Cadernos ESP.

| Entrega                        | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução% |
|--------------------------------|------|-----------|-----------|-----------|
| Solução Tecnológica Implantada | ESP  | 4         | 3         | 75%       |

### Análise de Desempenho

Em 2025, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) implantou 03 soluções tecnológicas e avançou no desenvolvimento de sistema estruturante, fortalecendo a modernização institucional, a integração de sistemas e a gestão estratégica da informação.

Por meio da Diretoria de Inovação, Ciência e Tecnologia (DICIT), foi concluída a implantação do banco de dados do Sistema de Gerenciamento de Acessos (SIGA), estruturado como base central para os sistemas corporativos da ESP/CE, consolidando a governança e a segurança da informação.

O Centro de Inteligência em Saúde (CISEC) implantou 02 painéis institucionais:

Educação Permanente e Profissional em Saúde – ESP/CE, voltado ao monitoramento da oferta educacional;

Alunos da Escola de Saúde Pública do Ceará, que apresenta o perfil dos estudantes da instituição.

Adicionalmente, a Assessoria de Desenvolvimento Educacional em Simulação (ADESE) avançou na modelagem conceitual e técnica do Sistema de Avaliação Educacional da ESP/CE (SIAVESP), com

matriz de critérios estruturada, definição de integrações institucionais e estudos normativos em andamento, conduzindo o projeto como prioridade para viabilizar sua implantação já em 2026.

As entregas e os avanços registrados ampliam a capacidade de monitoramento institucional, fortalecem a gestão da informação e qualificam o planejamento baseado em dados.

| Entrega             | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução% |
|---------------------|------|-----------|-----------|-----------|
| Serviço Estruturado | ESP  | 0         | 0         | 0,00%     |

#### Análise de Desempenho

Em 2025, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), por meio da Gerência de Pesquisa em Saúde (GEPES), em parceria com a Biblioteca da ESP/CE (BESP), estruturou o sistema digital para publicação de anais institucionais.

As ações contemplaram a análise de resumos, revisões técnicas conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), elaboração das versões finais dos anais da 8ª Mostra de Experiências Exitosas e definição dos elementos pré-textuais, incluindo a ficha catalográfica.

O projeto encontra-se estruturado pela BESP e foi encaminhado à Assessoria de Comunicação (ASCOM) para os trâmites finais de publicação.

| Entrega      | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução% |
|--------------|------|-----------|-----------|-----------|
| Ação Apoiada | ESP  | 3         | 3         | 100%      |

#### Análise de Desempenho

No exercício de 2025, foram entregues três ações apoiadas, alcançando 100% de execução física no período monitorado. As entregas compreenderam o Relatório de Teste de Usabilidade do Protótipo Alert Alergo; a publicação da Resolução nº 02/2025 – COMGO/ESP/CE, que aprovou o Acordo de Confidencialidade; e a realização do II Encontro Estadual de Inovação em Saúde (INCORE), que contou com a participação de aproximadamente 500 pessoas. Todas as entregas ocorreram no município de Fortaleza, conforme previsto.

| Entrega           | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução% |
|-------------------|------|-----------|-----------|-----------|
| Centro Implantado | ESP  | 0         | 0         | 0%        |

## Análise de Desempenho

### Centro de Simulação em Saúde

O Centro de Simulação da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) segue em implantação, com previsão de entrega em 2027. Em 2025, registraram-se avanços estruturais, administrativos e formativos, organizados nos seguintes eixos:

#### Infraestrutura

Revisão do projeto estrutural, com incorporação do andar inferior e ajustes no escopo; aprovação dos itens para aquisição de equipamentos e simuladores; entrega do carro e trailer do Centro de Simulação Móvel, em trâmite para liberação de uso.

#### Aquisição

Início da pesquisa de preços e dos processos administrativos de compra de equipamentos, mobiliário e recursos tecnológicos, com apoio da Engenharia Clínica e previsão de conclusão até dezembro.

#### Formação

A Assessoria de Desenvolvimento Educacional em Simulação (ADESE) ofertou capacitações em Suporte Básico de Vida nos municípios de Pacoti, Palmácia e Capistrano e no VII Simpósio Internacional de Câncer de Pulmão (Unifor). Foram realizadas ainda capacitações, oficinas, cursos de construção de cenários, assessorias à residência médica em Pediatria e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além de ações formativas no Laboratório de Habilidades.

#### Governança

Realização de reuniões institucionais para validação dos projetos, participação na Feira do Conhecimento, atualização do catálogo de equipamentos e elaboração do Regimento do Laboratório de Habilidades e Simulação.

Em 2025, o Centro consolidou sua estrutura de implantação e ampliou sua atuação formativa, fortalecendo sua capacidade institucional.

| Entrega            | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução% |
|--------------------|------|-----------|-----------|-----------|
| Centro Estruturado | ESP  | 0         | 0         | 0%        |

## Análise de Desempenho

Em 2025, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) avançou na estruturação do Centro de Educação a Distância (CEAD) e do Centro de Inteligência em Saúde (CISEC), com previsão de entrega em 2027.

### Centro de Inteligência em Saúde (CISEC)

Realizou a aquisição de Smart TVs para atualização do painel de dados da Sala de Situação e avançou no desenvolvimento de relatórios e na estruturação de bases de dados voltadas ao uso estratégico da inteligência em saúde.

### Centro de Educação a Distância (CEAD)

Foi elaborada a planta estrutural do estúdio, com respectivos projetos complementares, identificando-se a necessidade de adequações técnicas a serem implementadas conforme as diretrizes institucionais. Encontra-se em andamento o processo de liberação dos recursos financeiros necessários à continuidade da entrega, com previsão de conclusão em 2027.

| Entrega                    | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução% |
|----------------------------|------|-----------|-----------|-----------|
| Concurso Público Realizado | ESP  | 0         | 0         | 0,00%     |

#### Análise de Desempenho

A entrega do Concurso público realizado foi inicialmente prevista para suprir a ausência de servidores efetivos no quadro da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), condição que dificultava a consolidação institucional e a continuidade das atividades técnico-administrativas e educacionais da autarquia.

Esse cenário foi modificado com a Lei Complementar nº 343, de 17 de dezembro de 2024, que criou o Quadro de Pessoal de Nível Médio e Superior da ESP/CE, composto por servidores do Grupo Ocupacional Atividades Técnico-Administrativas (ADS), conforme a Lei Complementar nº 270/2021.

A legislação autorizou a composição desse quadro por meio de:

Redistribuição de cargos efetivos da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA);

Aproveitamento da convocação e nomeação de aprovados no concurso público da Fundação Regional de Saúde (Funsauúde), realizado em outubro de 2021.

Dessa forma, a motivação original da entrega foi atendida pela solução normativa, que garantiu à ESP/CE uma estrutura mínima de servidores efetivos. Essa medida possibilita redimensionar a necessidade de novo concurso público para fases futuras do planejamento institucional.

Ainda que não contemple integralmente toda a demanda, a solução alcançou o resultado esperado: a constituição de um quadro de pessoal efetivo, legalmente vinculado à ESP/CE e amparado por marcos normativos consolidados.

Assim, a descontinuidade da entrega “Concurso público realizado” se justifica pela perda de objeto, diante da solução legal que atendeu ao resultado previsto de forma legítima, eficiente e alinhada ao interesse público.

Todo o processo de descontinuidade foi conduzido no período de revisão do PPA 2024–2027.

| Entrega          | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução% |
|------------------|------|-----------|-----------|-----------|
| Plano Implantado | ESP  | 1         | 1         | 100%      |

#### Análise de Desempenho

A entrega “Plano implantado” foi concebida para assegurar a constituição de um quadro de pessoal próprio da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), com regras definidas de progressão, valorização e remuneração. O objetivo central é garantir estabilidade institucional, continuidade administrativa e fortalecimento das funções estratégicas da autarquia.

A criação desse quadro era necessária diante da ausência, até então, de servidores efetivos vinculados formalmente à ESP/CE, situação que compromete sua autonomia e a consolidação das políticas educacionais voltadas à formação e qualificação de profissionais para o SUS.

Esse parâmetro foi atendido com a Lei Complementar nº 343, de 17 de dezembro de 2024, que

instituiu o Quadro de Pessoal de Nível Médio e Superior da ESP/CE, no âmbito do Grupo Ocupacional Atividades Técnico-Administrativas (ADS). A legislação viabilizou a composição do quadro por duas vias:

Redistribuição de cargos efetivos da Secretaria da Saúde (SESA) para a ESP/CE;

Aproveitamento da convocação de aprovados no concurso da Fundação Regional de Saúde (Funsauúde), de 2021, com lotação diretamente vinculada à ESP/CE.

Assim, a ESP/CE passou a contar com servidores efetivos legalmente vinculados à instituição, alcançando o resultado esperado da entrega: a criação de um quadro próprio e juridicamente consolidado.

Ainda que não supere toda a necessidade de pessoal, a medida estabeleceu bases legais e administrativas sólidas para o fortalecimento da autarquia, tornando desnecessária, no curto prazo, a realização de concurso específico.

| Entrega         | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-----------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Rede Implantada | SEAPS | 0         | 0         | 0,00%      |

#### Análise de Desempenho

No período de janeiro a dezembro de 2025, foram desenvolvidas ações estratégicas voltadas ao fortalecimento da pesquisa clínica na rede estadual, incluindo a disponibilização de suporte técnico às unidades assistenciais, o apoio à estruturação de Centros de Pesquisa Clínica nas unidades de saúde e a implementação de iniciativas direcionadas à institucionalização do Comitê Estadual de Pesquisa Clínica da Rede SESA.

A Rede de Pesquisa Clínica encontra-se em processo de institucionalização, sob a coordenação da Célula de Gestão do Conhecimento e Pesquisa em Saúde (CEGPS), consolidando-se como instância estratégica para a organização, articulação e governança da pesquisa no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Para o ano de 2026, está em fase de planejamento a realização do Seminário Estadual de Pesquisa Clínica, com o objetivo de fortalecer a governança, promover a articulação interinstitucional e avançar na consolidação da política estadual de pesquisa clínica na rede SESA.

| Entrega                           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução% |
|-----------------------------------|-------|-----------|-----------|-----------|
| Unidade Administrativa Implantada | SEAFI | 0         | 0         | 0%        |

#### Análise de Desempenho

A proposta inicial era implantar a Sede da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) no prédio da Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará - SSPDS. A Sesa por meio da Coordenadoria Administrativa (COADM) realizou preliminar/análise do prédio proposto, com



visitas "in loco", onde foi constatado a necessidade de ampliação estrutural para suprir a atual estrutura da SESA Sede, onde foi identificado que a referida estrutura não era suficiente para atender a SESA, tendo a necessidade de implantação de um novo prédio de 4 pavimentos. Informamos que o local destinado a essa nova sede, foi oficializado como um novo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE). Essa mudança foi determinada para atender às novas demandas e prioridades institucionais do Governo do Estado do Ceará. LEI N° 18.899, DE 10.07.24 (D.O. 10.07.24).

| Entrega                                   | Área        | Meta 2025 | Realizado | Execução% |
|-------------------------------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|
| Unidade Administrativa Estruturada (SESA) | SEAFI SEADE | 6         | 6         | 100%      |

#### Análise de Desempenho

No período de janeiro a dezembro de 2025, foram executadas as reformas das Coordenadorias de Área Descentralizada de Saúde (COADS) de Quixadá e Acaraú, bem como a readequação do layout das Assessorias do Gabinete e da SEAFI. Ademais, foi criado o espaço de desconpressão destinado aos colaboradores no Bloco E, além da instalação de fraldário e de área apropriada para a amamentação.

No mesmo período, foram adquiridos 237 computadores, 335 monitores e 86 notebooks, destinados à Secretaria da Saúde – Nível Central, com o objetivo de fortalecer a infraestrutura tecnológica e aprimorar as condições de trabalho.

Foram estruturadas as Superintendências Regionais de Saúde, sendo, Superintendência da Região de Saúde do Litoral Leste/Jaguaribe (SRLES): Estante alta (20 unid); armário alto (28 unid); estação de trabalho (40 unid); armário vitrine (10 unid), central de ar condicionado (5 unid); Superintendência da Região de Saúde de Sobral (SRNOR): purificadores de ar (12 unid); Estante alta (28 unid); armário alto (28 unid); estação de trabalho (33 unid); armário vitrine (20 unid), central de ar condicionado (4 unid); Superintendência da Região de Saúde de Fortaleza (SRFOR): Estante alta (23 unid); armário alto (34 unid); estação de trabalho (35 unid); armário vitrine (30 unid), central de ar condicionado (4 unid); Superintendência da Região de Saúde do Cariri (SRSUL): Estante alta (25 unid); armário alto (26 unid); central de ar condicionado (4 unid); Superintendência da Região de Saúde do Sertão Central (SRCEN): Estante alta (20 unid); armário alto (20 unid); estação de trabalho (30 unid); armário vitrine (5 unid), central de ar condicionado (4 unid).

Encontra-se em andamento a reforma da COADS de Tauá, com 50% de execução concluída. A reforma da Superintendência de Juazeiro do Norte está prevista, aguardando a definição do novo imóvel a ser locado. As reformas das COADS de Itapipoca, Sobral e Baturité encontram-se em trâmite para contratação, por meio da nova Ata de Registro de Preços (ARP) de manutenção predial do interior.

No âmbito do Nível Central, está em elaboração o projeto de reforma do Auditório Arco Verde, bem como intervenções na Ouvidoria/CDF/Setor de Passagens e CORAS (Bloco A), COINF/COPSA (Bloco B) e nos WC's dos Blocos E, Sul e Leste, estes últimos com 50% de execução. Também está em elaboração projeto para manutenção da sala de atendimento do SAMU. Tramita, sob o NUP 24001.069267/2025-36, processo para aquisição de 849 cadeiras giratórias de escritório, 290 mesas retangulares de trabalho e 5 mesas de reunião, com recursos do BID, por meio da UGP/SESA, encontrando-se o processo finalizado, pendente apenas de tombamento pela COPAT para fins de

distribuição. Por fim, foi instaurado o processo NUP 24001.069131/2025-26 para renovação da frota de veículos da SESA Nível Central, com estudos comparativos de aquisição e locação, incluído no PCA 2026, não havendo, contudo, entrega de veículos novos no exercício de 2025.

| Entrega         | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução% |
|-----------------|-------|-----------|-----------|-----------|
| Ação Implantada | SEPGI | 8         | 25        | 313%      |

#### Análise de Desempenho

A Secretaria da Saúde do Ceará (Sesa) tem reforçado sua cultura de Gestão para Resultados por meio de processo de monitoramento e avaliação (M&A). Este processo é conduzido em oficinas que reúnem gestores e técnicos de todas as áreas. Nesses encontros, a discussão é ativa e participativa, focada em analisar os desafios e encontrar soluções para aprimorar o desempenho institucional e, assim, qualificar a saúde da população cearense.

O planejamento mais sólido e as ações de desenvolvimento institucional, como o mapeamento de processos prioritários, são somados ao resultado desta entrega. Essa combinação resulta nos produtos a seguir, que evidenciam o progresso da Secretaria:

- 01 Relatório Anual de Gestão 2024: Documento que consolida o desempenho e os resultados anuais da Sesa.
- 03 Relatórios Executivos de Monitoramento e Avaliação da Agenda Estratégica da Sesa (3º quadrimestre de 2024, 1 e 2 quadrimestre de 2025.)
- 03 Relatórios Executivos de Monitoramento e Avaliação dos Planejamentos Estratégicos das Unidades Assistenciais (3º quadrimestre de 2024, 1 e 2 quadrimestre de 2025).
- 03 Relatórios Detalhados do Quadrimestres Anteriores. (3º quadrimestre de 2024, 1 e 2 quadrimestre de 2025).
- Mapeamento de Processos: Detalhamento dos processos de celebração, efetivação, prestação de contas e desembolso do macroprocesso de gestão dos contratos de gestão de unidades assistenciais e do processo de judicialização.
- Relatório de Gestão da Codip 2025: Documento que consolida o desempenho e os resultados da Codip durante o exercício de 2025.
- Apresentação dos RDQA's à Comissão de Seguridade Social e Saúde da Assembleia Legislativa do Ceará (ALECE).
- Revisão da Agenda Estratégica para o biênio 2026-2027 - Metas e Indicadores.
- Adequação dos Planos Estratégicos das Unidades Assistenciais da Rede Sesa para o biênio 2026-2027 - Metas e Indicadores
- Elaboração da Programação Anual de Saúde 2026 do Estado do Ceará.
- Elaboração da Mensagem Governamental 2026.
- Elaboração da PAS 2026.
- Gestão à Vista - Criação de DASHBOARD para acompanhamento dos processos em andamento
- NEXUS - Novo repositório automático de documentos com geração de codificação automática com o uso da IA.
- VITRA - Iniciativa de Novo Sistema de Monitoramento e Avaliação de Indicadores moderno, seguro e integrado com IA.

- Iniciativa de Mapeamento Inteligente de Processos (IMIP) - Ferramenta elaborada para acelerar o processo de mapeamento dos processos.
- 1º Oficina de Gestão por Processos - Oficina introdutória sobre Gestão de Processos englobando inicialmente três Secretarias: SEPGI, SEAFI e SEADE.
- Aplicação do GestãoGov.br - Ferramenta que avalia a maturidade da gestão do órgão, por meio da aplicação do Instrumento de Maturidade de Governança e Gestão (IMGG 100 Pontos).
- Aplicação do Índice de Efetividade da Gestão Estadual (IEGE) - em parceria com a ASCIT.
- Publicação de 2 Decretos de Alteração da Estrutura Organizacional - Retirada do HPM (Nº36.651) e reestruturação das Estruturas das Unidades (Nº36.949).

| Entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução% |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|-----------|-----------|
| Agente Público Capacitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SEPGI | 300       | 582       | 194%      |
| <b>Análise de Desempenho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |           |           |           |
| <p>Foram realizados no período de janeiro a dezembro de 2025, 582 capacitações de agentes públicos, foi observado destaque para os seguintes cursos: Gestão e Fiscalização de Contratos Administrativos à luz da Lei nº 14.133/2021; Introdução ao Planejamento com Ênfase na Elaboração de Estudos Técnicos Preliminares e Termo de Referência à Luz da Lei Nº 14.133/2021; Língua Portuguesa: Redação Oficial e Construção de Textualidade e Ética e Serviço Público. Todos esses cursos em destaque tem pertinência direta com a boa execução de processos e condutas esperados pela Sesa e são recorrentemente divulgados pela intranet da Secretaria. Percentual da entrega atendido por meio da parceria estabelecida com a EGPCE seja na oferta de cursos em turmas abertas e /ou exclusivas para a Sesa. Os cursos tiveram pertinência direta com a boa execução de processos e condutas esperados pela Sesa e são recorrentemente divulgados pela intranet da Secretaria.</p> |       |           |           |           |

| Entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução% |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|-----------|-----------|
| Unidade Administrativa Estruturada (ESP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ESP  | 1         | 1         | 100%      |
| <b>Análise de Desempenho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |           |           |           |
| <p>Em 2025, a Escola de Saúde Pública avançou na análise e no levantamento das necessidades de requalificação da infraestrutura física da instituição. O projeto de estruturação da unidade administrativa encontra-se em fase preparatória, com previsão de conclusão até o final de 2026.</p> <p>No mesmo período, foram realizadas aquisições de equipamentos e materiais permanentes para melhorar as condições operacionais da Escola, incluindo veículo, equipamentos de apoio à manutenção, itens para organização de resíduos, climatização e suporte às atividades administrativas.</p> |      |           |           |           |

Também foram iniciados estudos para modernização da infraestrutura tecnológica, com foco na substituição de equipamentos antigos e no fortalecimento da capacidade operacional. Parte dos novos computadores já foi adquirida, contribuindo para a melhoria das condições de trabalho e para o desempenho das atividades acadêmicas, técnicas e administrativas.

As ações realizadas fortalecem a estrutura física e tecnológica da instituição, promovendo melhores condições de funcionamento e atendimento às demandas institucionais.

## Relação de Projetos e Planos de Ação Estratégicos

| ID | Secretaria | Título                                                                                      | Classificação        | Responsável | Status            | Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | SEAFI      | Implantação de Governança e Gestão de TIC na SESA e Unidades Assistenciais                  | <b>Projeto</b>       | À definir   | <b>Paralisado</b> | Os relatórios de planejamento dos projetos foram elaborados, sendo necessária a definição sobre a continuidade de cada um para viabilizar o início do monitoramento. Enviado no dia 16/09/2025 o NUP: 24001.079616/2025-28, solicitando a definição de cada projeto, mas não obtivemos resposta. |
| 2  | SEAFI      | Implantação das Normas de Segurança da Informação na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará | <b>Projeto</b>       | À definir   | <b>Paralisado</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3  | SEAFI      | Implantação da Rede Estadual de Dados em Saúde do Ceará (REDS)                              | <b>Projeto</b>       | À definir   | <b>Paralisado</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 4  | SEAFI      | Implantação do Centro de Inteligência Estratégica para Gestão Estadual do SUS (CIEGES)      | <b>Projeto</b>       | À definir   | <b>Paralisado</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 5  | SEAFI      | IntegraSUS 2.0                                                                              | <b>Plano de Ação</b> | À definir   | <b>Concluído</b>  | O plano contém 9 ações todas concluídas. (Plano Concluído)                                                                                                                                                                                                                                       |

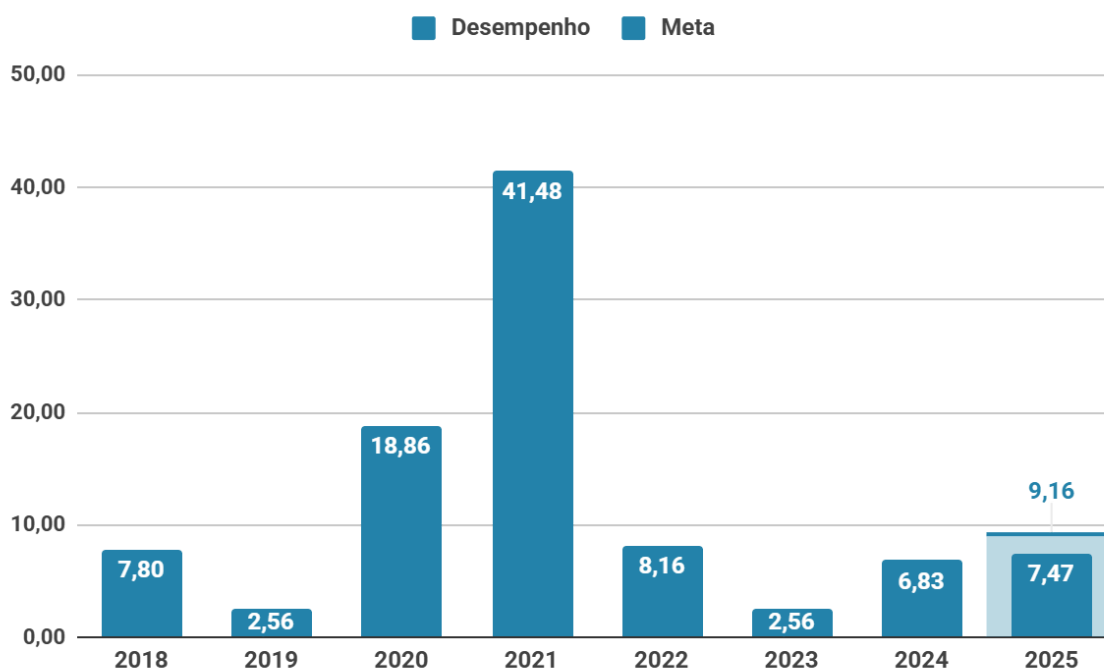
**Objetivo 4.2:** Assegurar a gestão do trabalho e educação na saúde, viabilizando a integração ensino-serviço e comunidade, o apoio às pesquisas em saúde e a qualificação dos trabalhadores da saúde.

### Desempenho dos Indicadores

**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                               | Polaridade           | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-----------------------------------------|----------------------|------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de trabalhadores capacitados | Quanto maior, melhor | ESP  | 9,16%     | 7,47%     | 81,55%     |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

Em 2025, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) capacitou um total de **4.599 trabalhadores da saúde**, consolidando sua atuação na qualificação da força de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse total, 4.511 profissionais foram contemplados em ações de educação permanente e profissional e 88 foram titulados em cursos de pós-graduação lato sensu.

No âmbito da educação permanente e profissional, a Diretoria de Educação Permanente e Profissional em Saúde (DIEPS) foi responsável pela capacitação de 4.511 trabalhadores, sendo 3.310 por meio da Gerência de Educação Permanente em Saúde (GEDUC) e 1.201 pela Gerência de Educação Profissional em Saúde (GEPRO). Dentre essas formações, 3.623 trabalhadores foram

certificados no terceiro quadrimestre, evidenciando maior concentração das entregas no período final do exercício.

As ações formativas abrangeram áreas estratégicas para o fortalecimento do SUS, incluindo Saúde Mental, Vigilância em Saúde, Violências, Saúde da Pessoa com Deficiência, Equidade em Saúde e Educação Permanente. Ao todo, foram executados 19 projetos educacionais, com alcance territorial nas cinco regiões de saúde e cobertura em 182 municípios do Estado do Ceará, demonstrando ampla capilaridade e descentralização das ações formativas.

No campo da pós-graduação, foram titulados 88 especialistas, distribuídos entre: 50 concluintes do Curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde (Turma 1), 33 do Curso de Especialização em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EpiSUS Intermediário) e 5 do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Turma 1), reforçando a qualificação de quadros estratégicos para a gestão e assistência em saúde.

Para fins de composição do indicador, considera-se como numerador o total de trabalhadores capacitados em 2025 (4.599) e, como denominador, o total de trabalhadores da saúde de nível superior e técnico atuantes no SUS (61.544), conforme base TABNET/DATASUS (dezembro/2022) e Plano Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

O cálculo resulta em um percentual de 7,47% de trabalhadores capacitados em relação ao universo total de profissionais cadastrados no CNES, evidenciando a contribuição das ações formativas para o fortalecimento e qualificação da força de trabalho em saúde no Estado.

#### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentual de trabalhadores capacitados alcançou 7,47%, considerando 4.599 capacitações sobre o total de 61.544 profissionais do SUS;</li> <li>- Total de 4.599 trabalhadores capacitados ao longo do ano, sendo 3.623 no terceiro quadrimestre;</li> <li>- Capacitações realizadas em 182 municípios do Ceará, abrangendo as cinco regiões de saúde do estado;</li> <li>- O DIEPS capacitou 4.511 trabalhadores por meio de 19 projetos educacionais em áreas estratégicas como Saúde Mental, Vigilância em Saúde, Violência, Pessoas com Deficiência, Equidade em Saúde e Educação Permanente;</li> <li>- Formação de 88 especialistas em cursos de pós-graduação, ampliando a qualificação técnica da rede estadual;</li> <li>- Consolidação do crescimento das entregas ao longo do exercício, com forte execução no último quadrimestre.</li> </ul> |
| <b>CAUSAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliação da oferta de cursos e especializações, com diversificação temática e expansão territorial;</li> <li>- Maior maturidade na gestão administrativa e operacional dos projetos educacionais, garantindo ritmo de execução mais consistente;</li> <li>- Alinhamento estratégico às demandas prioritárias da Secretaria da Saúde do Estado;</li> <li>- Capilaridade ampliada, alcançando maior número de municípios em comparação ao exercício anterior;</li> <li>- Fortalecimento da articulação entre áreas técnicas e coordenações de projetos.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>AÇÕES</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajustar o planejamento anual para distribuir de forma mais equilibrada a execução das capacitações ao longo do exercício;</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

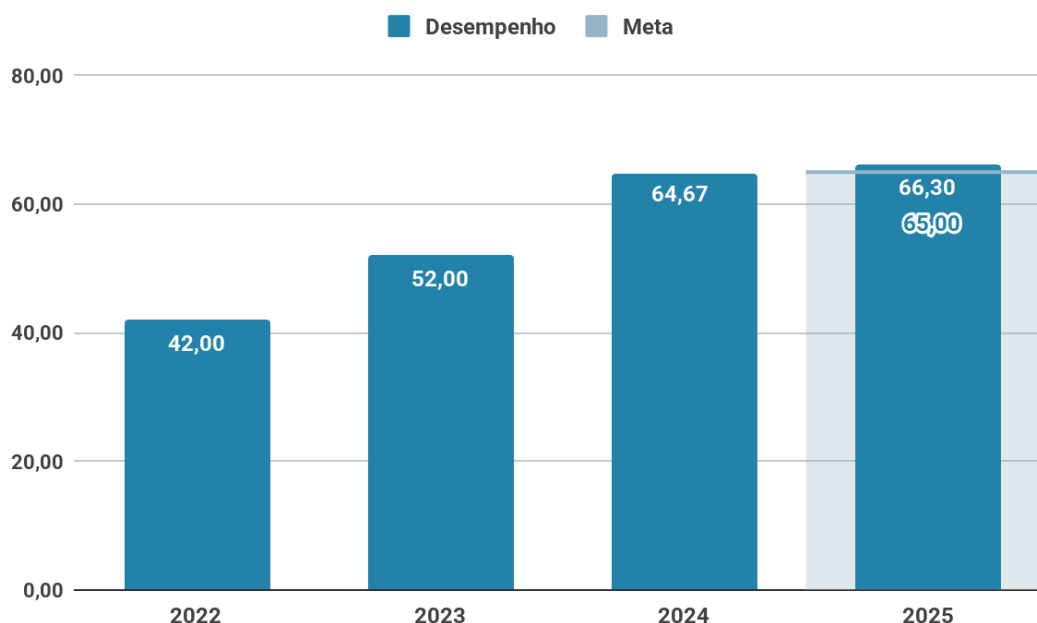


- Manter a ampliação da oferta em áreas estratégicas e consolidar a interiorização das formações.

**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                                                             | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de municípios com Núcleo de Educação Permanente instalados | Quanto maior, melhor | COEPS | 65,00%    | 66,30%    | 102,00%    |

#### Série Histórica



#### Análise de Desempenho

O presente indicador representa o percentual de municípios com Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde (NUMEPS) implantados, enquanto instâncias estratégicas da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS). Esses núcleos configuram-se como espaços colegiados de articulação e planejamento, desempenhando papel fundamental na descentralização das ações de qualificação e formação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os NUMEPS integram a Rede Saúde Escola, instituída pela Portaria nº 800/2022, que se estabelece como estratégia estruturante da gestão da educação em saúde, com o objetivo de transformar os serviços de saúde, as instâncias de gestão e os espaços de controle social em ambientes permanentes de aprendizagem e desenvolvimento profissional.



Atualmente, o estado do Ceará conta com 122 núcleos municipais de educação permanente em saúde implantados, evidenciando avanço na capilarização da política e no fortalecimento da governança local da educação em saúde.

Paralelamente, encontram-se em desenvolvimento ações contínuas de apoio técnico, incluindo a realização de oficinas, reuniões e eventos técnico-científicos, voltados à implantação e ao fortalecimento dos núcleos municipais. Destaca-se, nesse contexto, a atuação de cinco apoiadores de Educação Permanente, que desenvolvem atividades junto às Superintendências Regionais de Saúde nas regiões Norte, Cariri, Sertão Central e Fortaleza, oferecendo suporte técnico e institucional aos municípios.

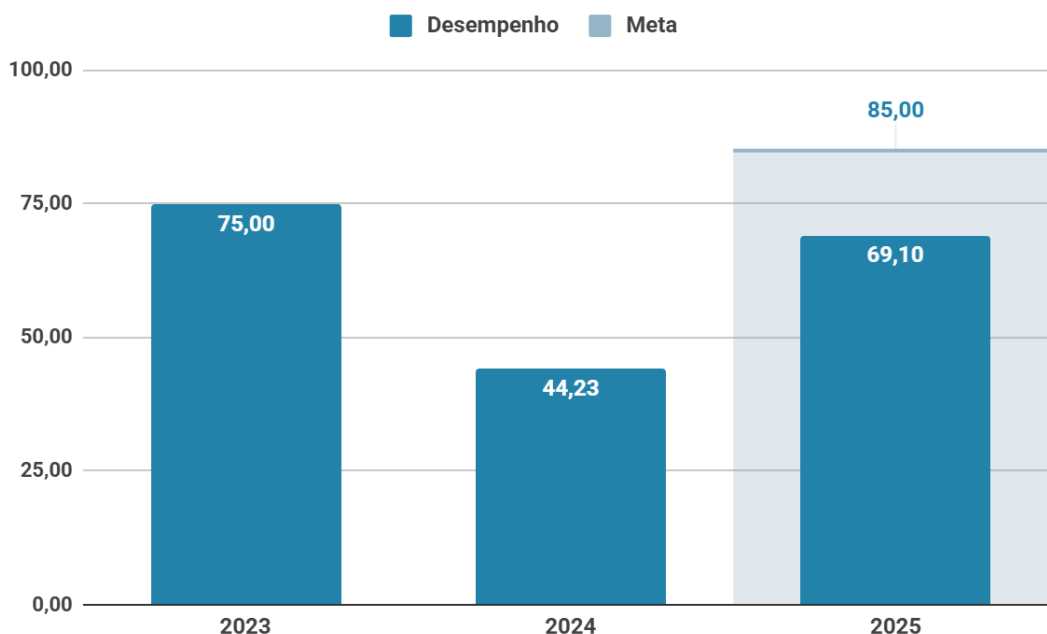
De forma geral, o indicador demonstra evolução consistente na implementação da PEEPS, contribuindo para o fortalecimento da gestão do trabalho e da educação em saúde, com impactos diretos na qualificação das práticas assistenciais e na organização dos processos de trabalho no âmbito do SUS.

| Análise Fato-Causa-Ação (FCA) |                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FATOS</b>                  | - Necessidade de investimento financeiro para implantação/implementação dos Núcleos de Municipais Educação Permanente em Saúde;                                                                                                  |
| <b>CAUSAS</b>                 | - Ausência de financiamento para o desenvolvimento das ações nos NÚMEPS.                                                                                                                                                         |
| <b>AÇÕES</b>                  | - Identificação de uma fonte de recurso para fomento das ações dos Núcleos; Sensibilização dos gestores para ampliação dos núcleos; Visitas in-loco; Fortalecimento do apoio técnico para implantação/implementação dos núcleos. |

**Meta 4.2.3:** Ampliar o número de pesquisas realizadas com foco em melhorias do sistema de saúde para 90% em 2027. (%)

| Indicador                                        | Polaridade           | Área  | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|--------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|-----------|------------|
| Percentual de pesquisas autorizadas e realizadas | Quanto maior, melhor | COEPS | 85,00%    | 69,10%    | 81,29%     |

#### Série Histórica



### Análise de Desempenho

O indicador tem por objetivo ampliar a produção científica no âmbito do SUS, contribuindo para a qualificação do sistema de saúde. Em 2025, foram submetidas 68 pesquisas para análise, das quais 47 obtiveram anuência e encontram-se em desenvolvimento, evidenciando avanço na institucionalização da pesquisa na Rede SESA. Destacam-se, ainda, iniciativas voltadas ao fortalecimento do monitoramento e da disseminação do conhecimento, incluindo o planejamento de ferramentas de acompanhamento, a realização de publicações com ISBN e a promoção de seis eventos técnico-científicos, como o Seminário Itinerante de Pesquisas e o Círculo de Diálogo Temático. Essas ações reforçam a integração entre pesquisa e gestão, ampliando o uso de evidências na tomada de decisão e na melhoria dos serviços de saúde.

### Análise Fato-Causa-Ação (FCA)

|        |                                                                                                                                                                                            |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FATOS  | - Necessidade de desenvolvimento de um sistema para acompanhamento e monitoramento das pesquisas realizadas na Rede SESA.                                                                  |
| CAUSAS | - Ausência de um sistema de acompanhamento, monitoramento e avaliação das pesquisas realizadas na Rede SESA; Equipe reduzida para atuar na gestão, acompanhamento e análise das pesquisas. |
| AÇÕES  | - Desenvolvimento de um sistema web; Desenvolvimento de estratégias de integração com as unidades da Rede SESA; Ampliação da equipe.                                                       |

## Desempenho das Entregas

| Entrega          | Área           | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------|----------------|-----------|-----------|------------|
| Evento Realizado | SEAPS<br>COEPS | 12        | 10        | 83%        |

### Análise de Desempenho

Em 2025, foram realizados 10 eventos, incluindo seminários, oficinas, palestras, encontros e processos formativos, alinhados ao Programa de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras do SUS.

Destacam-se a implementação do Comitê Estadual de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras do SUS e o desenvolvimento do Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-Saúde), com foco na temática da equidade.

Eventos realizados:

1. Encontro Equidade SUS - Abril (9 participantes, realizado na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA CE);
2. Encontro do Projeto Equidade SUS - Fevereiro (45 participantes, realizado na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA CE);
3. Implantação do Comitê Estadual de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras do SUS Ceará (39 participantes, realizado na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA CE)
4. Roda Ampliada Programa de Educação para o Trabalho na Saúde - Pet Saúde: Equidade (45 participantes, realizado na Universidade Estadual do Ceará - UECE);
5. Encontro Estadual Equidade SUS - Agosto (22 participantes)
6. Oficina 1 - Fundamentos da Equidade em Saúde - 21/05 (120 participantes)
7. Oficina 2 - Interseccionalidade e Populações em Situação de Vulnerabilidade - 04/06 (120 participantes)
8. Oficina 3 - Equidade no Cuidado e na Atenção à Saúde - 25/06 (120 participantes)
9. Oficina 4 - Equidade na gestão do trabalho e Educação na Saúde - 02/07 (120 participantes)
10. Oficina 5 - Monitoramento, Avaliação e Sustentabilidade de Práticas Equitativas - 16/07 (120 participantes).

| Entrega                    | Área           | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|----------------------------|----------------|-----------|-----------|------------|
| Núcleo de Educação Apoiado | SEAPS<br>COEPS | 20        | 4         | 20%        |

### Análise de Desempenho

No período de janeiro a dezembro de 2025, foi realizado apoio técnico à implantação e/ou implementação de Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NUEPS), com destaque para a **instalação de quatro novos núcleos** nas Secretarias Municipais de Saúde de **Mombaça, Reriutaba, Santa Quitéria e Pacujá**, com isso, o estado do Ceará passou a contar com um total de 122 Núcleos

Municipais de NUEPS.

Destaca-se ainda a atuação de quatro apoiadores regionais de Educação Permanente, que vêm desenvolvendo atividades nas Superintendências Regionais de Saúde das regiões Norte, Cariri, Sertão Central e Fortaleza. Esses profissionais têm prestado apoio técnico à implantação e ao fortalecimento dos Núcleos de EPS nas unidades da Rede da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), nas Áreas Descentralizadas de Saúde, nas Superintendências Regionais e nos municípios. Além disso, contribuem para a formulação, condução e desenvolvimento das políticas de Trabalho e Educação Permanente em Saúde no estado.

| Entrega        | Área        | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|----------------|-------------|-----------|-----------|------------|
| Aluno Atendido | SEAPS-COEPS | 11.100    | 19.524    | 176%       |

#### Análise de Desempenho

No período de janeiro a dezembro de 2025, foram acompanhados 19.524 alunos regularmente matriculados em instituições de ensino técnico e superior, que realizaram estágio obrigatório e não obrigatório nos cenários da Rede da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), para práticas de ensino na saúde, reguladas e acompanhados por meio do Sistema de Regulação das Práticas de Ensino na Saúde (SIS RPES), fortalecendo a integração ensino-serviço-comunidade. As atividades são desenvolvidas em 26 serviços da Rede SESA que se configuram como cenário de prática na Rede SESA, incluindo unidades hospitalares, ambulatoriais e cenários de gestão. São elas:

Unidades / Alunos

Central de Transplantes da Sesa - 12

Centro de Convivência Antônio Diogo - 146

Centro de Especialidades Odontológicas - Ceo-Centro - 254

Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará – Hemoce - 487

Centro de Referência em Dermatologia Dona Libânia – CDERM - 260

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST - 470

Centro de Saúde Meireles – CSM - 8

Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão – CIDH - 361

Centro de Especialidades Odontológicas Joaquim Távora - 462

Centro de Especialidades Odontológicas Rodolfo Teófilo - 24

Coordenadoria de Assistência Farmacêutica - 27

Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes – HM - 3.336

Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto - HSM - 790

Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar – HMJMA - 1.003

Hospital Geral de Fortaleza – HGF - 4.092

Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira – HGCC - 1.789

Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara - HGWA - 281

Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS - 2.336

Hospital São José de Doenças Infecciosas – HSJ - 492

Hospital Universitário do Ceará - HUC - 390

Instituto de Prevenção do Câncer – IPCC - 196

Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN - 295

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Ceará 192 - 383  
Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde (SEAPS) - 21  
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVIC)- 783  
Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) - 826

O acompanhamento e a regulação desses alunos são realizados por meio do Sistema de Regulação das Práticas de Ensino na Saúde (SIS RPES), que assegura a organização e o monitoramento das práticas acadêmicas no âmbito da rede estadual de saúde.

As atividades em cada unidade são acompanhadas pelo seu centros de estudos/ áreas de ensino, com apoio técnico e financeiro da Coordenadoria de Políticas de Educação, Trabalho e Pesquisa em Saúde COEPS.

Por fim, destacamos a realização de 10 reuniões da Câmara Técnica de Gestão das Práticas de Ensino na Saúde - CT GPES, que teve como um dos principais objetivos discutir a organização de dispositivos de qualificação e pactuação de cenários de práticas de formação no SUS Ceará.

| Entrega          | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------|------|-----------|-----------|------------|
| Evento Realizado | ESP  | 13        | 4         | 31%        |

#### Análise de Desempenho

No exercício de 2025, a Gerência de Pesquisa em Saúde (GEPES) da ESP/CE avançou realizou 04 momentos formativos: 01 com orientadores da RESMULTI, 01 com residentes da RESMULTI, 01 com os representantes da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso Sul e 01 com acadêmicos de psicologia da Universidade Federal do Ceará, acerca de boas práticas para elaboração de trabalhos científicos, fluxo editorial da Revista Cadernos ESP.

| Entrega                | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|------------------------|------|-----------|-----------|------------|
| Trabalhador Capacitado | ESP  | 4.160     | 4.599     | 111%       |

#### Análise de Desempenho

Em 2025, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) capacitou 4.599 trabalhadores da saúde, considerando 4.511 trabalhadores capacitados nas ações de educação permanente e profissional e 88 especialistas formados em cursos de pós-graduação.

Por meio da Diretoria de Educação Permanente e Profissional em Saúde (DIEPS), foram capacitados 4.511 trabalhadores, sendo 3.310 pela Gerência de Educação Permanente em Saúde (GEDUC) e 1.201 pela Gerência de Educação Profissional em Saúde (GEPRO). Desses, 3.623 foram entregues no terceiro quadrimestre do ano, demonstrando elevada capacidade de execução no período.

As formações abrangeram áreas estratégicas como Saúde Mental, Vigilância em Saúde, Violência, Pessoas com Deficiência, Equidade em Saúde e Educação Permanente. Ao todo, foram executados 19 projetos educacionais, com alcance nas cinco regiões de saúde e presença em 182

municípios do Ceará.

No âmbito da pós-graduação, foram formados 88 especialistas: 50 no Curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde (Turma 1), 33 no Curso de Especialização em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS – EpiSUS Intermediário e 5 no Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Turma 1).

Além das formações concluídas, a ESP/CE avançou na ampliação de seu portfólio, estruturando novas turmas e especializações para 2025, fortalecendo a qualificação técnica e a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde no estado.

As metas estabelecidas para as regiões do Maciço do Baturité, da Serra da Ibiapaba e do Vale do Jaguaribe, no PPA para o exercício de 2025 foram definidas com base em estimativas de períodos anteriores, em que ainda não havia a pactuação final das formações para o exercício. Entretanto, devido à necessidade identificada de ampliar a qualificação dos profissionais e atender às crescentes demandas da Educação Permanente em Saúde, foram incluídas posteriormente formações que não estavam contempladas na previsão inicial.

Dessa forma, as turmas realizadas em 2025 ultrapassaram as metas originalmente estimadas para as regiões, resultando em um desempenho acima do previsto.

| Entrega                                                                                                                                                                                                                                            | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|-----------|------------|
| Residente Formado                                                                                                                                                                                                                                  | ESP  | 575       | 538       | 94%        |
| <b>Análise de Desempenho</b>                                                                                                                                                                                                                       |      |           |           |            |
| Em 2025, foram formados 538 residentes nos programas vinculados à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), sendo 285 médicos e 253 multiprofissionais, com atuação distribuída nas regiões de saúde do estado.                                   |      |           |           |            |
| A Residência Multiprofissional desenvolve-se em 30 municípios e 20 hospitais, abrangendo as cinco regiões de saúde e consolidando-se como a maior do país. No período, foram implantados 10 novos programas, totalizando 24 áreas de concentração. |      |           |           |            |
| Em março de 2025, o Governo do Ceará realizou a acolhida de 1.006 residentes (médicos e multiprofissionais), reforçando a dimensão e a relevância do programa de formação no estado.                                                               |      |           |           |            |

| Entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|-----------|------------|
| Processo Realizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ESP  | 1         | 1         | 100%       |
| <b>Análise de Desempenho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |           |           |            |
| Em 2025, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) realizou 01 (um) processo seletivo, por meio da atuação da Gerência de Processos Seletivos. O certame foi realizado no Município de Mauriti, para a seleção de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), conforme o Edital nº 001/2025, com execução de prova objetiva e avaliação de títulos, conforme evidências anexas. |      |           |           |            |

A ação integrou as entregas pactuadas no Plano Plurianual (PPA) referentes ao exercício de 2025 e foi executada no 3º quadrimestre (setembro a dezembro).

Ainda no mesmo período, foram realizadas pactuações e reuniões com o Município de Tauá, com vistas à realização de processo seletivo para ACS e ACE, bem como articulações com o Município de Ocara, visando à realização de processo seletivo para ACS.

Também no 3º quadrimestre, foi formalizado o fechamento contratual e a assinatura entre as partes com o Município de Amontada, para a realização de processo seletivo para ACS e ACE, com prova objetiva e avaliação de títulos, cujo lançamento do edital está previsto para o início do ano de 2026.

| Entrega                 | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|-------------------------|------|-----------|-----------|------------|
| Profissional Capacitado | ESP  | 413       | 1.012     | 245%       |

#### Análise de Desempenho

Em 2025, a Escola de Saúde Pública do Ceará capacitou 1.012 profissionais, por meio das ações desenvolvidas pela Assessoria de Desenvolvimento Educacional (ADESE) e pela Diretoria de Pós-Graduação em Saúde.

A ADESE capacitou 278 profissionais, superando a meta anual de 250, com ações voltadas à qualificação pedagógica, metodologias ativas, simulação em saúde e educação mediada por tecnologias. As atividades foram conduzidas pelos Centros de Simulação em Saúde, Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância, incluindo formação de facilitadores em simulação clínica, oficinas de currículo e avaliação por competências, cursos de docência na saúde e capacitação para uso do ambiente virtual Moodle.

A Diretoria de Pós-Graduação em Saúde realizou 734 capacitações no Programa de Supervisores e Apoio à Formação de Supervisores, Preceptores e demais docentes das Residências em Saúde, com atuação em todas as regiões do estado. Esses profissionais desempenharam papel estratégico na orientação e qualificação das atividades práticas dos residentes, fortalecendo a integração entre formação e serviço.

| Entrega                    | Área | Meta 2025 | Realizado | Execução % |
|----------------------------|------|-----------|-----------|------------|
| Estudo e Pesquisa Apoiados | ESP  | 92        | 85        | 92%        |

#### Análise de Desempenho

Em 2025, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) apoiou 85 estudos e pesquisas, por meio da atuação da Gerência de Pesquisa em Saúde (GEPES), contemplando ações de fomento, produção científica, submissão de trabalhos e qualificação metodológica.

Esse total compreende:

- 05 submissão a editais de fomento, sendo 02 ao Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS);

- 03 trabalhos científicos submetidos a eventos, sendo 02 ao 2025 ACEP Research Forum e 01 ao VI Congresso Nacional de Inovações em Saúde (CONAIS), com posterior apresentação e premiação;
- 67 publicações na Revista Cadernos ESP, correspondentes a 65 artigos científicos e 02 editoriais;
- 06 mentorias remotas em metodologia da pesquisa, realizadas no âmbito do Projeto SAMU, em parceria com a Gerência de Educação Permanente em Saúde da ESP/CE;
- 04 momentos formativos voltados à qualificação na elaboração de trabalhos científicos e ao fluxo editorial da Revista Cadernos ESP.

A consolidação dessas iniciativas compõem o total de 85 estudos e pesquisas apoiados em 2025, evidenciando o fortalecimento da produção científica institucional e a ampliação da inserção acadêmica e técnica da ESP/CE.



## Relação de Projetos e Planos de Ação Estratégicos

| ID | Secretaria | Título                                            | Classificação        | Responsável                | Status               | Observação                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|------------|---------------------------------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | SEAPS      | Integração ensino e serviço e comunidade na Saúde | <b>Projeto</b>       | José Luís Paiva            | <b>Paralisado</b>    | O Termo de Abertura do Projeto (TAP) foi finalizado pela equipe técnica, dando início formal à iniciativa. No entanto, a solicitação de preenchimento de ferramentas como cronograma, orçamento, matriz de risco e EAP, encaminhada pela CEGPR, ainda não foi atendida |
| 2  | ESP        | Soluções tecnológicas de inovação e conhecimento  | <b>Projeto</b>       | Nazka Fernandes Farias     | <b>Concluído</b>     | E-mail recebido no 08/09/2025, informando que as atividades do projeto foram finalizadas.                                                                                                                                                                              |
| 3  | SEAPS      | Gestão do Conhecimento e Pesquisa em Saúde        | <b>Plano de Ação</b> | Maria Lourdes              | <b>Monitoramento</b> | O plano contém 31 ações monitoradas, sendo:<br>- 13 em andamento.<br>- 02 não iniciada<br>- 16 concluídas.                                                                                                                                                             |
| 4  | SEAPS      | Fortalecimento da Educação na Saúde no SUS-CE     | <b>Plano de Ação</b> | Kílvia Paula Soares Macedo | <b>Monitoramento</b> | O plano contém 11 ações monitoradas, sendo:<br>- 04 em andamento.<br>- 07 concluídas.                                                                                                                                                                                  |
| 5  | SEPGI      | Fortalecimento da Gestão do Trabalho              | <b>Plano de Ação</b> | À definir                  | <b>Monitoramento</b> | O plano contém 26 ações monitoradas, sendo:<br>- 08 em andamento.<br>- 10 não iniciada<br>- 08 concluídas.                                                                                                                                                             |

## 4. Conclusão

Este relatório consolida os resultados do monitoramento e avaliação da **Agenda Estratégica da SESA** do ano de 2025, fornecendo um panorama detalhado e completo do desempenho institucional da Sesa. É uma ferramenta crucial para identificar desafios, oportunidades e subsidiar decisões estratégicas futuras.

A análise dos indicadores revela **avanços significativos** em diversas áreas, destacando o comprometimento da SESA com as metas e a melhoria contínua dos serviços de saúde. Durante o ano de 2025, a SESA implementou ações e iniciativas alinhadas à Agenda Estratégica, resultando em progressos como o fortalecimento da atenção primária, a regionalização do serviço de oncologia, a expansão da cobertura vacinal e a redução de filas de espera para procedimentos eletivos, entre outros.

Além da análise de indicadores, apresentamos os **Projetos Estratégicos e Planos de Ação**, igualmente alinhados à Agenda Estratégica. Esse monitoramento, conduzido pela **Célula de Gestão para Resultados e Projetos Estratégicos (CEGPR)**, avalia a execução e o impacto das ações para a instituição e para a sociedade.

Em suma, este relatório reforça o compromisso da gestão da **Secretaria do Estado do Ceará** em aprimorar suas estratégias, assegurar a efetividade das ações e promover uma gestão transparente e eficiente, contribuindo diretamente para a saúde da população cearense.

## 5. Avaliação de Satisfação da Oficina

A **Secretaria da Saúde do Ceará (SESA)** realizou, no dia 10 de março de 2025, a 3ª Oficina de Monitoramento e Avaliação da Agenda Estratégica 2024-2027. Promovido pela Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e Planejamento, com o propósito de estimular o diálogo, apresentar resultados e fortalecer a transparência na gestão da saúde pública no estado.

A oficina teve a participação de secretários, gestores, equipes técnicas e articuladores do planejamento, promovendo debates importantes para a SESA. Este encontro foi fundamental para fortalecer o compromisso coletivo com a melhoria dos serviços de saúde que representa um avanço significativo na construção de estratégias mais eficientes na saúde do estado do Ceará.

Dos 76 participantes, 35 (46%) contribuíram com suas opiniões, demonstrando pouco engajamento. A maioria expressou satisfação com o processo, reconhecendo sua importância. No entanto, foram levantadas sugestões focadas em dois pontos-chave:

### 1. Comunicação e Visualização

Mudar o *Layout* da projeção, priorizando a exibição de gráficos e aumento da fonte do texto (slides). Facilitar a visualização e a compreensão dos dados e indicadores por todos os participantes, melhorando a clareza da informação.

### 2. Participação Qualificada

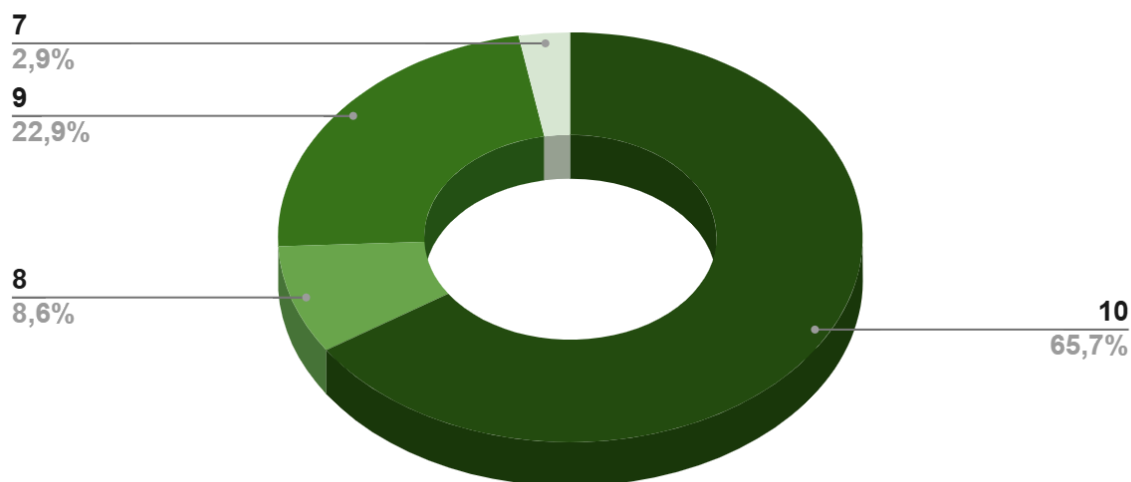
Assegurar e estimular a maior participação dos gestores e das áreas técnicas do Nível Central da SESA nos momentos de discussão pertinentes aos seus temas.

Essas sugestões serão a base para as próximas oficinas e atividades de monitoramento e avaliação. Acreditamos que a implementação dessas melhorias contribuirá significativamente para a eficiência e efetividade da gestão da Agenda Estratégica da SESA.

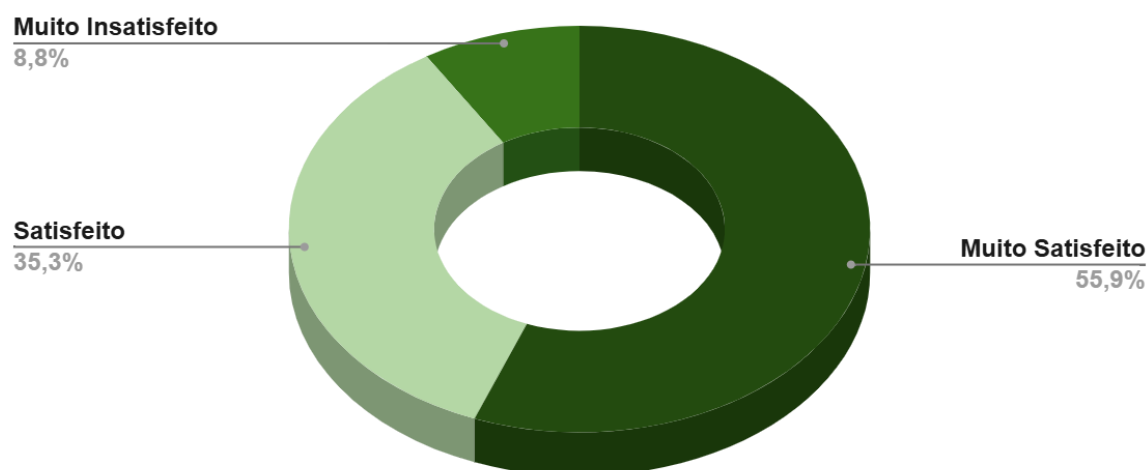
A seguir, serão apresentados os resultados da pesquisa:

## 1. Nível de Satisfação

1.1. Satisfação geral com o evento - Nota de Zero (Muito insatisfeito) a 10 (Muito satisfeito):

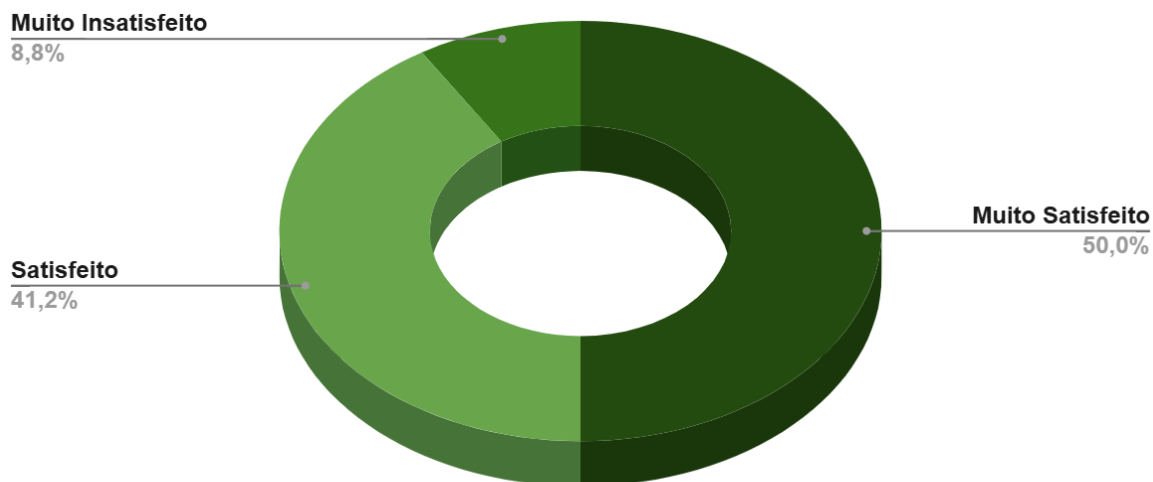


1.2. Clareza das informações gerais prévias à Reunião (envio de orientações e cronograma):

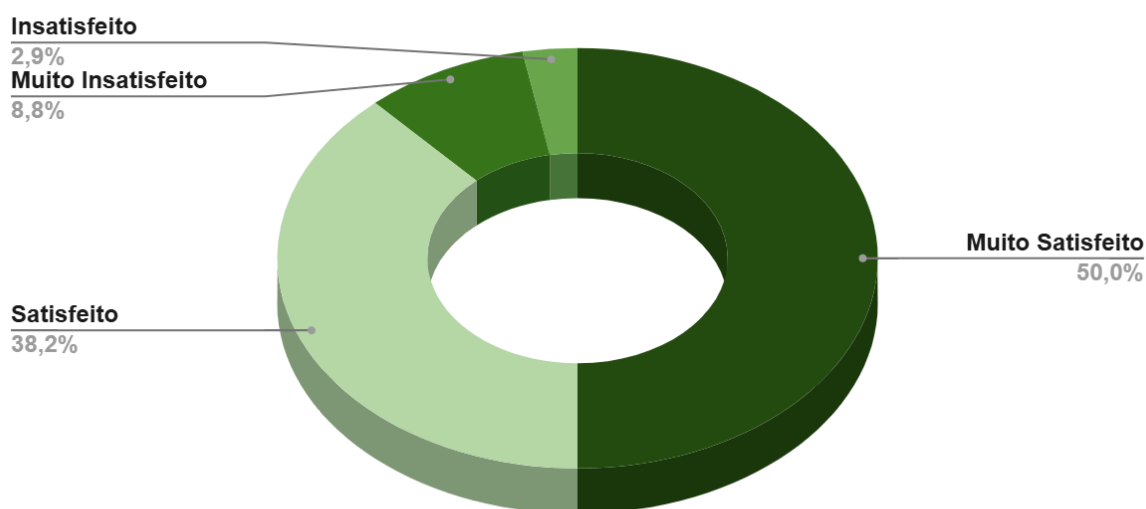




### 1.3. Informações de suporte (templates, matrizes para coleta de dados etc.):

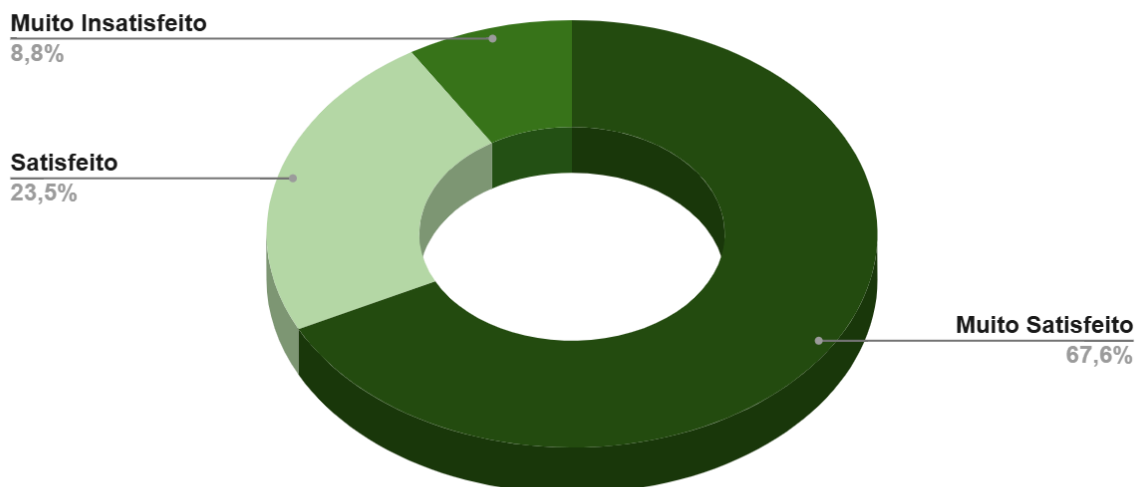


### 1.4. Dinâmica da reunião (tempo para apresentação e composição das pautas):



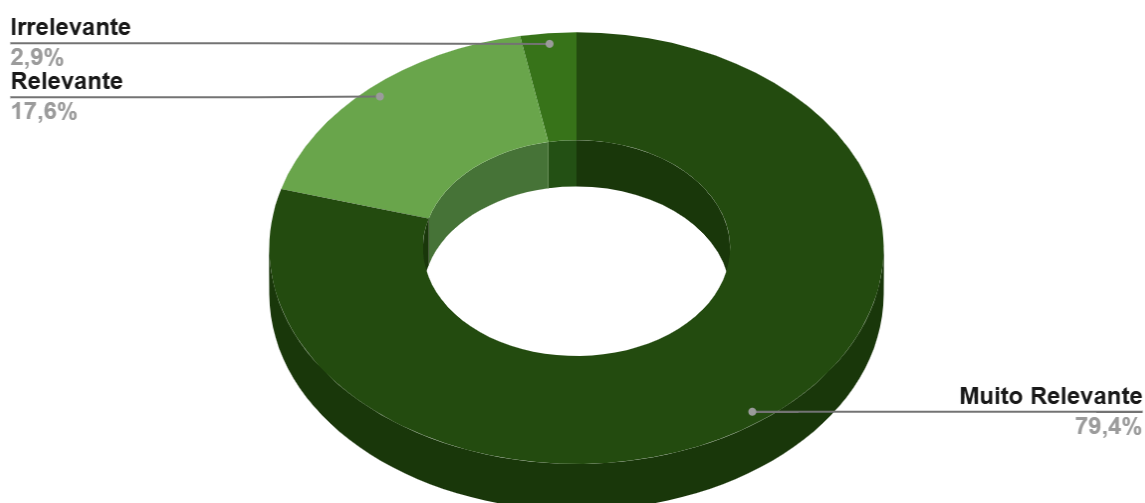


### 1.5. Condução da reunião pela equipe responsável:

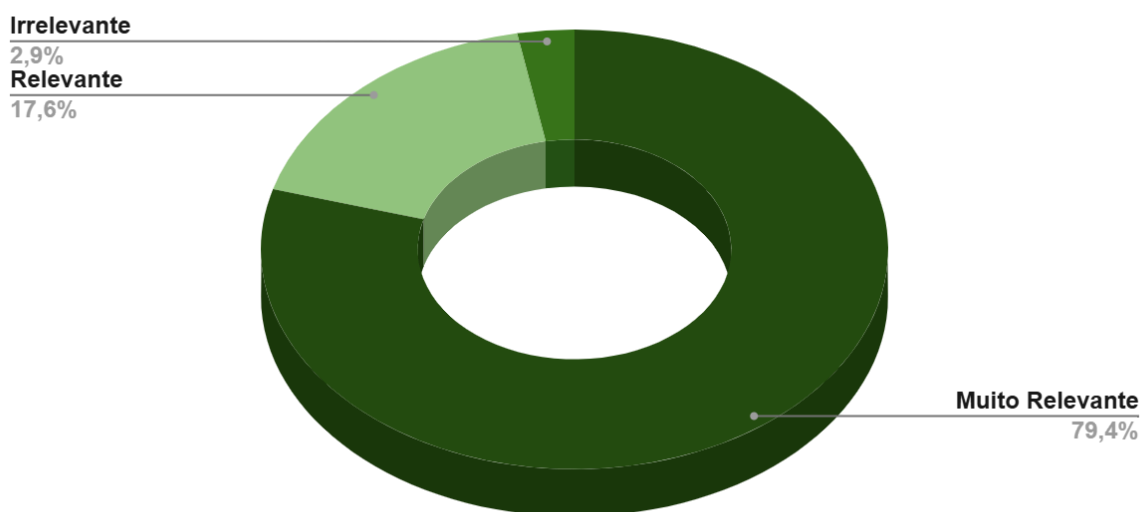


## 2. Importância do Processo de Monitoramento e Avaliação no cotidiano da gestão

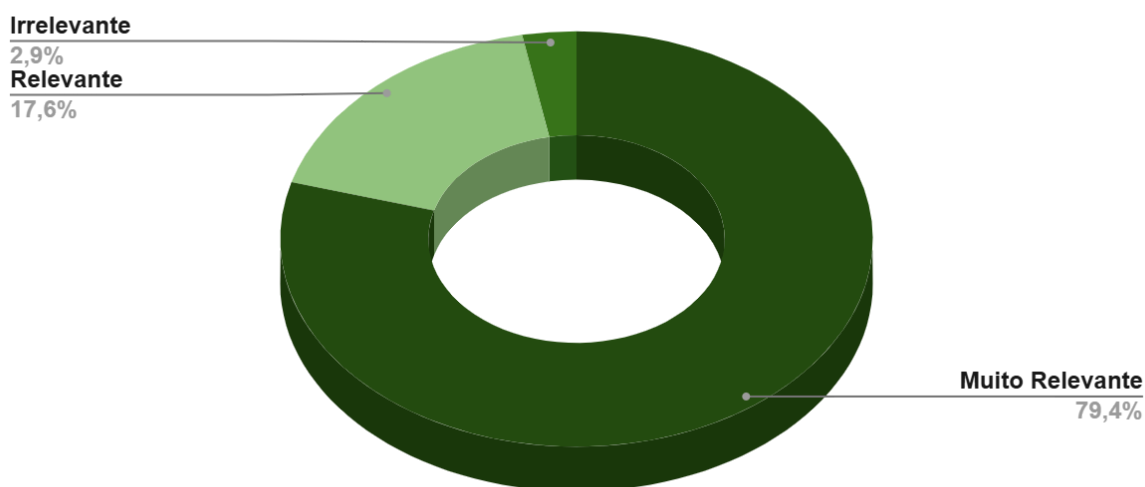
### 2.1. Pactuação/Revisão do Planejamento das ações:



## 2.2. Tomada de decisão:

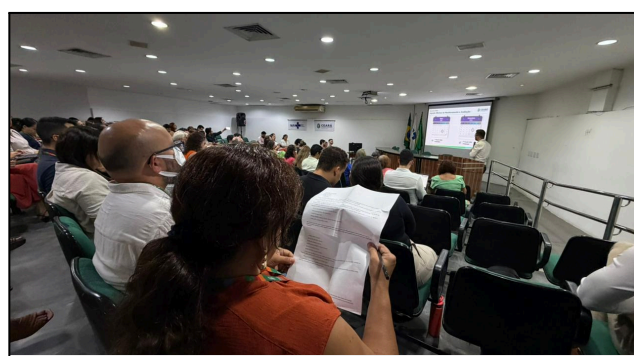
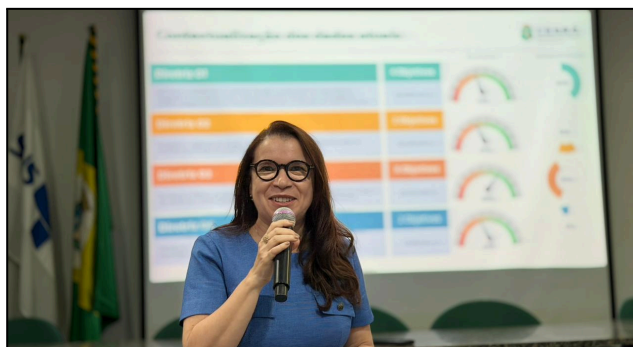


## 2.3. Maturidade Institucional:





## 6. Registro Fotográfico da Oficina do 3º Quadrimestre - Encerramento do Exercício de 2025





# **SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ**

---

**CÉLULA DE GESTÃO PARA RESULTADOS E PROJETOS ESTRATÉGICOS**

(85) 3101-5274

**COORDENADORIA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL E PLANEJAMENTO**

(85) 3219.4531

**SECRETARIA EXECUTIVA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO INTERNA**

(85) 3101-5127

**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO**

AV. ALMIRANTE BARROSO, Nº 600, PRAIA DE IRACEMA

CEP: 60.060-440 FORTALEZA - CEARÁ



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE