GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

Plano Estadual de Saúde 2020-2023

2020 CEARÁ

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Camilo Sobreira de Santana
GOVERNADOR

Maria Izolda Cela de Arruda Coelho
VICE-GOVERNADORA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho
SECRETÁRIO DA SAÚDE

Secretaria Executiva de Políticas de Saúde	Marcos Antônio Gadelha Maia
Secretaria Executiva de Vigilância e Regulação em Saúde	Magda Moura de Almeida
Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional	Ivan Batista Coelho (respondendo)
Secretaria Executiva de Planejamento e Gestão Interna	João Francisco Freitas Peixoto
Secretaria Executiva Administrativa Financeira	Cláudio Vasconcelos Frota

ÓRGÃOS DE ASSESSORAMENTO

Assessoria Executiva

Assessoria de Controle Interno e Integridade

Assessoria de Comunicação

Auditoria

Ouvidoria

ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO PROGRAMÁTICA

Coordenadoria de Políticas Intersetoriais

Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica

Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado

Coordenadoria de Regulação e Controle do Sistema de Saúde

Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde

Coordenadoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

Coordenadoria de Vigilância Sanitária

Coordenadoria de Atenção à Saúde

Superintendência da Região de Fortaleza

Superintendência da Região Norte

Superintendência da Região do Cariri

Superintendência da Região do Sertão Central

Superintendência do Litoral Leste / Jaguaribe

ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO INSTRUMENTAL

Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e Planejamento

Coordenadoria de Planejamento e Gestão Orçamentária

Coordenadoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas

Unidade de Gerenciamento de Projetos

Coordenadoria de Tecnologia da Informação e Comunicação

Coordenadoria Administrativa

Coordenadoria de Execução Orçamentária e Financeira

Coordenadoria Jurídica

Coordenadoria de Gestão de Recursos Biomédicos

ÓRGÃOS COLEGIADOS

Conselho Estadual de Saúde

Comissão Intergestora Bipartite

ENTIDADE VINCULADA

Escola de Saúde Pública

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CESAU

Entidades representadas conforme Lei Nº 15.559 de 11 de março de 2014

Segmento Governo/ Prestador de Serviço 10 (dez)

I – Representantes da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

2. Titular, 2. Suplente

II – Representantes da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Ceará

1. Titular, 1.Suplente

III – Representantes do Ministério da Educação e Cultura – MEC / Hospital Walter Cantídio

1. Titular, 1. Suplente

IV – Representantes do Conselho Estadual de Secretarias e Secretários Municipais de Saúde – COSEMS

1. Titular, 1 Suplente

V – Representantes da Secretaria das Cidades do Estado do Ceará

1.Titular, 1 Suplente

VI – Representantes da Associação dos Municípios do Estado do Ceará – APRECE

1. Titular, 1 Suplente

VII – Representantes da Secretaria da Educação do Estado do Ceará – SEDUC

1. Titular, 1 Suplente

Prestadores De Serviços De Saúde

VIII – Representantes da Federação das Misericordias e Entidades Filantrópicas do Ceará – FEMICE

1. Titular, 1 Suplente

IX – Representantes das Instituições Privadas de Saúde do Estado do Ceará – AHECE / SINDESECE

1. Titular 1. Suplente

Profissionais De Saúde 10 (dez)

X – Representantes das Entidades Estaduais de Representação dos Médicos

1. Titular 1 Suplente

XI – Representantes das Entidades Estaduais de Representação dos Odontólogos

1. Titular, 1 Suplente

XII – Representantes das Entidades Estaduais dos Enfermeiros

1. Titular, 1 Suplente

XIII – Representantes das Entidades Estaduais de outros Profissionais de Saúde de Nível Superior

1. Titular, 1 Suplente

XIV – Representantes das Entidades Estaduais de Representação dos Profissionais de Saúde de Nível Médio

1. Titular, 1 Suplente

XV – Representantes do Sindicato de Técnicos de Segurança do Trabalho

1. Titular, 1 Suplente

XVI – Representantes dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Ceará

1. Titular, 1 Suplente

XVII – Representantes dos Agentes de Endemias

1. Titular, 1 Suplente

XVIII – Representante de Profissional de nível médio do Estado do Ceará/
(fetance/ Sinpaoce)

1.Titular, 1 Suplente

Segmento Usuários 20 (vinte)

XIX – Representante das Centrais Sindicais (central Única Dos Trabalhadores – CUT, e Central Dos Trabalhadores E Trabalhadoras Do Brasil – CTB;

1. Titular, 1 Suplente

XX – Representante da Federação de Entidades de Bairros e Favelas – FBFF, e Central de Movimentos Populares – CMP

1. Titular , 1 Suplente

XXI – Representante da Rede de Catadores

1.Titular, 1 Suplente

XXII – Representante das Comunidades Indígenas do Estado do Ceará

1.Titular, 1 Suplente

XXIII – Representante da Federação dos Trabalhadores da Indústria do Estado do Ceará- FTICE

1.Titular ,1 Suplente

XXIV - Representante da Federação dos Trabalhadores Empregados e Empregadas do Comércio e Serviços do Estado do Ceará - FETRACE;

1. Titular, 1 Suplente

XXV – Representante da Federação dos Trabalhadores da Agricultura do Ceará – FETRAECE;

1.Titular, 1 Suplente

XXVI – Representante da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB – Ceará

1.Titular , 1 Suplente

XXVII – Representante da Pastoral da Criança

1. Titular , 1 Suplente

XXVIII – Representante das Entidades dos Portadores de Patologia

1. Titular , 1 Suplente

XXIX – Representante das Entidades de Pessoas com Deficiência;

1. Titular, 1 Suplente

XXX – Representante dos Órgãos da Defesa da Mulher

1. Titular , 1 Suplente

XXXI—Representante de Conselheiros Municipais de Saúde do Segmento de Usuários do Município de Grande Porte - Fortaleza;

1.Titular, 1suplente

XXXII—Representante de Conselheiros Municipais de Saúde do Segmento de Usuários na Área Metropolitana de Fortaleza: Caucaia e/ ou Maracanaú;

1. Titular ,1 Suplente

XXXIII – Representante de Conselheiros Municipais de Saúde do Segmento de Usuários dos

Municípios de Grande Porte da Região Sul do Estado do Ceará;

1.Titular , 1 Suplente

XXXIV – Representante de Conselheiros Municipais de Saúde, do Segmento de usuários dos Municípios de Grande Porte da Região Norte do Estado do Ceará

1. Titular , 1 Suplente.

XXXV—Representante de Conselheiros Municipais de Saúde, do Segmento de Usuários dos Municípios de Médio Porte do Estado do Ceará

1.Titular , 1 Suplente.

XXXVI – Representante de Conselheiros Municipais de Saúde, do Segmento de Usuários dos Municípios de Pequeno Porte do Estado do Ceará;

1. Titular, 1 Suplente.

XXXVII – Representante das Associações Beneficentes de Idosos e Aposentados do Estado do Ceará;

1.Titular , 1 Suplente.

COORDENAÇÃO E ELABORAÇÃO

Clara Suzana Cardoso Braga

João Washington de Meneses

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Antônio Paula de Menezes

Anita Ludmila Leda Batista Rolim

Clara Suzana Cardoso Braga

Eufrausina Hortência Pedrosa Carlos

Francisca das Chagas Silva

João Washington de Meneses

Leônidas Fernandes Macêdo Junior

Luíza de Marilac Barros Rocha

Maria de Jesus de Sousa Cavalcante

Matheus Antônio Magalhães Farias Catunda

Olêda Maria Castro de Araújo

COLABORAÇÃO

Gestores e técnicos da Secretaria da Saúde do Estado, Escola de Saúde Pública do Ceará e Conselho Estadual de Saúde.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADS	Áreas Descentralizadas de Saúde
AERO	Aeromédico
ACF	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
APLV	Alergia a Proteína ao Leite de Vaca
ARQS	Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
AT	Acidente de Trânsito
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BOC	Banco de Olhos do Ceará
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CASRM	Centro de Assistência a Saúde Reprodutiva da Mulher
CETRA	Central de Regulação de Transplantes
CET	Central Estadual de Transplantes
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CEASF	Célula de Assistência Farmacêutica
CCO	Centro Cearense de Oftalmologia
CEBIO	Célula de Execução de Compras de Recursos Biomédicos
CEGBI	Célula de Gestão de Logística de Recursos Biomédicos
CEO	Centro de Especialidades e Oftalmologia
CEO	Centros de Especialidade Odontológica
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CEVIT	Célula de Vigilância e Saúde do Trabalhador e Trabalhadora-
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIHDOTTs	Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes
CIOPAER	Coordenadoria Integrada de Operações Aéreas
CINCO	Centro Cearense de Oftalmologia S/C
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIAR	Centro Integrado de Atendimento e Reabilitação
COF	Clínica Oftalmológica de Fortaleza
COPOM	Coordenadoria de políticas de saúde mental, álcool e outras drogas

CISEC	Centro de Inteligência em Saúde
COVID-19	Corona Virus, 2019, Ano de Referência
COVAT	Coordenadoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
COGEP	Coordenação de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
COPAF	Coordenadoria de Políticas de Assistência Framcêutica
CPDHR	Centro de Pesquisas em Doenças Hepato-Renai
CERSI	Célula de Regulação do Sistema de Saúde
CRS	Comissão Regional de Saúde
CRU	Central de Regulação das Urgências
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CTO	Centro de Traumatologia e Ortopedia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRIE	Centros de Referência para Imunobiológico Especiais
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCNI	Doenças de Notificação Compulsórias Imediata
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPGE/CE	Defensoria Pública Geral do Estado do Ceará
DTHA	Doenças de Transmissão Hídrica Alimentar
DMRI	Degeneração Macular Relacionada a Idade
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ESP	Escola de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
HE	Hospitais Estratégicos
HEMOCE	Hemocentro do Ceará
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HGF	Hospital Geral de Fortaleza-
HOCE	Hospital de Olhos do Ceará
HOMA	Hospital de Oftalmologia de Maracanaú
HRSC	Hospital Regional do Sertão Central
HPP	Hospital e Pequeno Porte
HMJMA	Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar
HGWA	Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HGCC	Hospital Geral Dr. César Cals
Hias	Hospital Infantil Albert Sabin
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio

HRN	Hospital Regional Norte
HSJ	Hospital São José de Doenças Infecciosas
HM	Hospital de Messejana Dr. Alberto Studart Gomes
HSMM	Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
HRVJ	Hospital Regional Vale do Jaguaribe
HLV	Hospital Leonardo Da Vinci
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatistica
INTEGRASUS	Plataforma que Integra Sistemas de Monitoramento e Gerenciamento Epidemiológico, Hospitalar, Ambulatorial, Administrativo, Financeiro e de Planejamento da Secretaria da Saúde do Estado (sesa)
IJF	Instituto Dr. José Frota
IOCE	Instituto de Olhos do Ceará
IOF	Instituto de Oftalmologia e Otorrinaringologia de Fortaleza
IMTAVI	Instituto Madre Tereza de apoio a Vida Imtavi
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IST	Infecções Sexualmente Transmisíveis
IVC	Instituto da Visão do Ceará
OPO	Organização de Procura de Órgãos
LACEN/CE	Laboratório Central do Estado do Ceará
LNC	Levantamento de Necessidades de Capacitação
LVC	Leishmaniose Visceral Canina
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
MOTO	Motolância
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
NV	Nascidos Vivos
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NAC	Núcleo de Atendimento ao Cliente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPM	Órtese, Prótese e Meios auxiliares de locomoção
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PES	Plano Estadual de Saúde
PEFOCE	Perícia Forense do Estado do Ceará

PNCTIS	Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPA	Plano Plurianual
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS
PRS	Plano Regional de Saúde
PSR	Planejamento de Saúde Regional
PRI	Planejamento Regional Integrado
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RESME	Relação Estadual de Medicamentos
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMC	Região Metropolitana do Cariri
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS COV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SEAFI	Secretaria Executiva Administrativo Financeiro
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SE	Sala de Estabilização
SENAI-FIEC	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial e Federação das Indústrias do Estado do Ceará
SEOCE	Serviço Especializada em Oftalmologia do Ceará
SEPOS	Secretaria executiva de Políticas de Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Notificação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SIPNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
STT	Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de óbito
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

UBV	Ultra baixo Volume
UCA	Unidade de Cuidados Especiais
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UCINCO	Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional
UCINCA	Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru
UCI	Unidade de Cuidado Intermediário
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avençado
USI	Unidade de Suporte Intermediário
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Terapia Instensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UVZ	Unidade de Vigilância de Zoonose
VISA	Vigilância Sanitária

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Série histórica Sífilis....36
Quadro 2 - Série histórica AIDS....37
Quadro 3 – Casos e óbitos por SRAG....40
Quadro 4 – Incidência de hanseníase por região de saúde....40
Quadro 5 – Série histórica de hanseníase - Ceará....41
Quadro 6 - Incidência de tuberculose por região de saúde....42
Quadro 7- Série histórica de tuberculose - Ceará....42
Quadro 8- Série histórica Leishmaniose Visceral (LV)....43
Quadro 9 - Série histórica Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)....44
Quadro 10 - Série histórica de Arboviroses....45
Quadro 11- Série histórica da Cobertura Vacinal....47
Quadro 12 - Série histórica Sarampo....47
Quadro 13 - Série histórica Meningite....48
Quadro 14 – Frota do SAMU....59
Quadro 15 - Situação Atual – Centro Especializado de Reabilitação – CER....77
Quadro 16 - Situação atual - Centro Especializado de Reabilitação - CER (em construção)....78
Quadro 17 - Oficinas Ortopédicas....79
Quadro 18 - - Cobertura de Atenção Básica e de Estratégia Saúde da Família por município na Região de Saúde Fortaleza....81
Quadro 19 - - Número de Núcleo Ampliado de Saúde da Família, segundo tipologia, na Região de saúde de Fortaleza....83
Quadro 20 - - Demonstrativo dos Hospitais Polo e seu perfil assistencial na Região de Saúde de Fortaleza....84
Quadro 21 - Demonstrativo dos Hospitais de Pequeno Porte - HPP e Estratégicos na Região de Saúde Fortaleza....85

Quadro 22 - - Demonstrativo das Policlínicas segundo a tipologia e suas especialidades na Região de Saúde de Fortaleza.....87
Quadro 23 - - Demonstrativo dos CEOs segundo a Tipologia na Região de Saúde Fortaleza.....87
Quadro 24 - – Demonstrativo dos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, segundo tipologia e status na Região de Saúde de Fortaleza.....88
Quadro 25 - -Cobertura de Atenção Básica e de Estratégia Saúde da Família por município na 2ª Região Norte.....91
Quadro 26 - - Número de Núcleo Ampliado de Saúde da Família, segundo tipologia, na 2ª Região de Saúde Norte, dezembro 2019.....93
Quadro 27 - -Demonstrativo dos Hospitais Polo e seu perfil assistencial na 2ª Região Norte.....95
Quadro 28 - - Demonstrativo dos Hospitais de Pequeno Porte- HPP e Estratégicos na 2ª Região Norte.....95
Quadro 29 - - Demonstrativo das Policlínicas segundo a tipologia e suas especialidades na 2ª Região de Saúde Norte.....96
Quadro 30 - – Demonstrativo dos CEOs segundo a Tipologia e Forma de repasse na 2ª Região de Saúde Norte.....97
Quadro 31 - – Demonstrativo dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, segundo tipologia na 2ª Região de Saúde Norte, ano 2020.....97
Quadro 32 - - Cobertura de Atenção Básica e de Estratégia Saúde da Família por município na Região do Cariri, 2020.....101
Quadro 33 - – Número de Núcleo Ampliado de Saúde da Família, segundo tipologia, na Região do Cariri, 2020.....103
Quadro 34 - - Demonstrativo dos Hospitais Polo e seu perfil assistencial na Região do Cariri, 2020. 104
Quadro 35 - - Demonstrativo dos Hospitais de Pequeno Porte- HPP e Estratégicos na Região do Cariri, 2020.....106
Quadro 36 - - Demonstrativo das Policlínicas segundo a tipologia e suas especialidades na Região do Cariri, 2020.....107
Quadro 37 - – Demonstrativo dos CEOs segundo a Tipologia, RCPD e Forma de repasse na Região do Cariri, 2020.....109
Quadro 38 - – Demonstrativo dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, segundo tipologia e status na Região de Saúde do Cariri, 2020.....109
Quadro 39 - – Situação das equipes de atenção domiciliar- SAD na Região de Saúde do Cariri, 2020.....111
Quadro 40 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família por município na 3ª Região - Sertão Central, 2020.....116
Quadro 41 - - Cobertura da Saúde Bucal por município na 3ª Região - Sertão Central, 2020.....117
Quadro 42 - - Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde por município na 3ª Região - Sertão Central, 2020.....117
Quadro 43 - - Número de Núcleos Ampliado de Saúde da Família - NASF-AB, segundo tipologia, por município na 3ª Região - Sertão Central, dezembro 2019.....118
Quadro 44 - - Cobertura de Atenção Básica e de Estratégia Saúde da Família por município na 4ª Região Litoral Leste/Jaguaribe, 2020.....128
Quadro 45 - - Número de Núcleo Ampliado de Saúde da Família, segundo tipologia, na 4ª Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe, dezembro 2019.....129

Quadro 46 - - Demonstrativo dos Hospitais Polo e seu perfil assistencial na 4ª Região Litoral Leste Jaguaribe, 2020.....130
Quadro 47 - - Demonstrativo dos Hospitais de Pequeno Porte- HPP, Estratégicos e Hospitais Gerais na 4ª Região Litoral Leste Jaguaribe, 2020.....131
Quadro 48 - – Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA) do SAMU 192, na Região do Litoral Leste/Jaguaribe.....133
Quadro 49 - - Demonstrativo das Policlínicas segundo a tipologia e suas especialidades na 4ª Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe, 2020.....134
Quadro 50 - - Demonstrativo dos CEOs segundo a Tipologia, RCPD e Forma de repasse na 4ª Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe, 2020.....135
Quadro 51 - - Situação das equipes de atenção domiciliar- SAD na 4ª Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe, ano 2020.....137
Quadro 52 - – Demonstrativo dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, segundo tipologia e status na 4ª Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe, ano 2020.....138
Quadro 53 - transferências hospitalares no período de 2013 a 2018, por região de saúde.....142
Quadro 54 - Transferências hospitalares no período de 2013 a 2018, por região de saúde.....142
Quadro 55 – Quantitativo das OPOs/CIHDOTTs.....145
Quadro 56 - Quadro demonstrativo da série histórica da fila de espera por um transplante por ano no mês de referência de dezembro:.....146
Quadro 57 - Quadro demonstrativo da recusa familiar em relação as entrevistas realizadas:.....148
Quadro 58 – Nº de estabelecimentos com centros de transplantes e nº equipes.....149
Quadro 59 - Cronograma de repasse os recursos do fundo estadual.....196
Quadro 60 – Beneficiários direto do Projeto.....202
Quadro 61 – Identificação UPAs.....205
Quadro 62 – UPAs por porte: III, II e I.....206
Quadro 63 – UPAs Perfil assistencial.....206
Quadro 64 – Fundo Municipal de saúde I.....208
Quadro 65 – Fundo Municipal de saúde II.....208
Quadro 66 – Fundo municipal de saúde III.....209
Quadro 67 - Fundo municipal de saúde IV.....210
Quadro 68 – Fundo municipal de saúde V.....210
Quadro 69 – Incentivos financeiros de custeio – Valores variáveis.....218
Quadro 70 - Cronograma de repasse dos recursos do fundo Estadual de Saúde.....220
Quadro 71 – Valores dos incentivos - Percentual.....234
Quadro 72 – Valores dos incentivos - Pontuação.....234
Quadro 73 - Valores dos incentivos - Valor por porte (III, IV E V).....235
Quadro 74 - Impacto financeiro (PORTE III. IV E V).....236

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo lógico-conceitual da Assistência Farmacêutica.....53
Figura 2 – Pessoas com deficiência.....76
Figura 3 – Núcleo de estimulação precoce.....79
Figura 4 – Mapa da Região de Fortaleza.....80
Figura 5 – Mapa da Região de Sobral.....90
Figura 6 – Mapa da Região de Cariri.....99
Figura 7 – Mapa da Região de Sertão Central.....115
Figura 8 – Arranjo das unidades hospitalares da Região do Sertão Central, 2020.....119
Figura 9 - Arranjo das Salas de Estabilização da Região do Sertão Central, 2020.....120
Figura 10 - Arranjo das Unidades de Pronto Atendimento da Região do Sertão Central, 2020.....121
Figura 11 - Arranjo dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência da Região do Sertão Central, 2020.....122
Figura 12 Arranjo dos Serviços de Atenção Domiciliar da Região do Sertão Central, 2020.....123
Figura 13 - Arranjo das Policlínicas da Região do Sertão Central, 2020.....124
Figura 14 Arranjo dos Centros de Especialidades Odontológicas Municipais da Região do Sertão Central, 2020.....125
Figura 15 - Arranjo dos Centros de Especialidades Odontológicas Estaduais da Região do Sertão Central, 2020.....126
Figura 16 – Mapa da Região de Litoral Leste/Jaguaribe.....127
Figura 17 – Mapa das Regiões de Saúde do Ceará.....155
Figura 18 – Força de Trabalho da SESA.....159
Figura 19- Maternidades e Partos no Ceará 2018.....201
Figura 20 – Maternidades e Partos no Ceará 2018 (2).....201

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Casos de sífilis em gestante e congênita Ceará 2015 a 2020*....36
Gráfico 2 Número de casos e óbitos de aids em adultos, Ceará, 2015 a 2020*....37
Gráfico 3 Número de casos e óbitos por SRAG....40
Gráfico 4 Incidência de hanseníase....41
Gráfico 5 Taxa de detecção de hanseníase....41
Gráfico 6 Taxa de incidência de tuberculose....42
Gráfico 7 Número de casos novos e taxa de incidência de tuberculose....43
Gráfico 8 Número de casos novos de Leishmaniose Visceral (LV)....44
Gráfico 9 Número de casos e taxa de incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)...45
Gráfico 10 Número de casos e taxa de incidência de Arboviroses....46
Gráfico 11 Cenário do Sarampo e Cobertura Vacinal....47
Gráfico 12 Cenário de Meningite e Cobertura Vacinal....48
Gráfico 13 Demonstrativo do número de potenciais doadores por ano....147
Gráfico 14 Doadores efetivos por milhão da população:....148
Gráfico 15 Doadores efetivos por milhão da população....149
Gráfico 16 Demonstrativos do número total de transplantes realizados por ano....150

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1- Tipologia na Rede Assistencial da Saúde no Estado....237
Anexo 2 - Classificação de UTIs....243
Anexo 3 - Indicadores....244
Anexo 4 - Projeto Nascer no Ceará....247

SUMÁRIO

Apresentação....21
1. Estruturação do Plano....23
1.1. Harmonização instrumental ao planejamento governamental na lógica de Gestão para Resultados 2020-2023....23
1.1.1 Eixo: Ceará Saudável....23
1.1.2 Resultado Estratégico: População saudável....23
1.1.3 Resultado temático: População com saúde integral de qualidade....23
2. Orientadores Estratégicos....24
Missão....24
Visão de Futuro....24
Valores....24
Análise Situacional....25
3. Análise Situacional....26
3.1 Políticas de Saúde no Ceará – Contexto atual....26
3.2 Cenário da Ouvidoria Geral da Secretária da Saúde do Ceará - SESA....27
3.3 Condições sócio – sanitárias....29
3.3.1 Mortalidade por causas....29
3.3.2 Mortalidade por doenças do aparelho circulatório....30
3.3.3 Taxa de mortalidade por tipo de causa externa. (Ceará, 2000 a 2018*)....30
3.3.4 Mortalidade por neoplasias malignas....31
3.3.5 Mortalidade infantil....33
3.3.6 Taxa de mortalidade infantil e seus componentes neonatal e pós neonatal. Ceará, 2005 a 2018*....34
3.3.7 Mortalidade materna....34
3.3.8 Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST/AIDS – CEARÁ....35
3.3.9 Pandemia Novo Coronavírus (SARS CoV-2)....37
3.4 Redes de atenção....50
Organização....51
Atenção Básica....51
Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde....51
Componente Hospitalar....52
Atenção Domiciliar....52
Assistência Farmacêutica....52
3.4.1 Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil....54
Organização da Rede Materno Infantil....55
3.4.2 Rede de Atenção Psicossocial....57
3.4.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências....58
3.4.4 Rede de Atenção às Condições Crônicas....64
3.4.5 Rede de Atenção em Oftalmologia....65
3.4.6 Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB)....72
3.4.7 Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador....74
3.4.8 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência....76
3.4.9 Distribuição da rede de atenção por Região de Saúde....80

3.5 Estrutura do sistema, fluxo de acesso e regulação.....140
3.6 Gestão e governança em redes integradas e regionalizadas.....153
3.7 Redes de conhecimento, educação, tecnologia e inovação em saúde.....156
Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.....164
4. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.....165
4.1. Eixo Norteador: Formulação de políticas que visem à melhoria da qualidade de vida, o bem estar e felicidade da população Cearense.....165
4.1.1. Diretriz 1:.....165
Promover / incentivar políticas públicas e instrumentos técnicos, científicos, informativos, que promovam o conhecimento e incorporação de tecnologias em saúde e iniciativas que melhorem as práticas no sistema de saúde.....165
4.2. Eixo Norteador: Direito à atenção a saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade. .167
4.2.1. Diretriz 2:.....167
4.3. Eixo Norteador: Prevenção de doenças e promoção da saúde do cidadão.....176
4.3.1. Diretriz 3:.....176
4.4. Eixo Norteador: Gestão da rede de conhecimento, educação, tecnologia e inovação em saúde.....185
4.4.1. Diretriz 4:.....185
4.5. Eixo Norteador: Gestão e governança do SUS com transparência e integridade.....188
4.5.1. Diretriz 5:.....188
4.5.2. Diretriz 6:.....190
4.5.3. Diretriz 7:.....191
Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação dos Recursos Financeiros do Estado aos Municípios.....193
5. Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação dos Recursos Financeiros do Estado aos Municípios.....194
Diretrizes Regionais do planejamento participativo.....263
6. Diretrizes Regionais do Planejamento Participativo 2020-2023.....264
Monitoramento e Avaliação.....267
7. Monitoramento e Avaliação.....268

Apresentação

O Sistema Único de Saúde do Ceará, impulsionado pelo projeto de Modernização da Gestão da Saúde do Estado, se fortalece no novo momento organizacional, de gestão, pactuação e integração.

No propósito de melhorar a qualidade do atendimento mais humanitário e eficiente para que a saúde chegue mais perto da população, o planejamento teve função fundamental, enquanto mecanismo norteador para dar expressão concreta na agenda central de gestão e respectivos instrumentos de planejamento e gestão.

O Plano Estadual de Saúde, instrumento central de planejamento, o qual a partir de uma análise situacional, contém compromissos e resultados expressos através de **diretrizes**, **objetivos**, **metas** e respectivos **indicadores de monitoramento e avaliação**, tem o intuito de orientar a gestão do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará para o **quadriênio 2020-2023,** contribuindo, portanto, para o bem-estar e felicidade das pessoas.

Fundamentado na legislação que normatiza as orientações para o Sistema Único de Saúde – SUS, baseia-se nas referências a seguir: Lei 8.080/90; Decreto 7.508/2011; Lei Complementar 141/2012 e Portaria de Consolidação nº 01/2017.

Referido instrumento de planejamento, expressa conteúdo em sua estrutura, utilizado-se de relevantes subsídios das bases propositivas a seguir: **Análise da Situação de Saúde do Estado; Planejamento Estratégico da SESA; 8ª Conferência Estadual de Saúde; Plano Plurianual (PPA 20-23 - Ceará 2050); Pactuação Interfederativa; Planejamento Regional Integrado e Diretrizes Regionais do Planejamento Participativo.**

Ressalta-se a importância da harmonização instrumental, considerando que o conteúdo do tema saúde no eixo norteador para o Ceará saudável, no planejamento governamental, foi utilizado na estrutura deste instrumento central de planejamento – PS, para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde.

Destaca-se a realização de quatorze encontros regionais do planejamento participativo, nos

quais a sociedade priorizou diretrizes regionais para subsidiar eixos norteadores e respectivas diretrizes na agenda de planejamento, materializada nos instrumentos - Plano Plurianual 2020-2023 e Plano Estadual de Saúde 2020-2023, motivando maior amplitude na reflexão estruturada e descentralização da realidade cearense.

Este Plano Estadual de Saúde, convergindo com a missão de "**Promover saúde individual e coletiva para a melhoria da qualidade de vida das pessoas**", expressa o grande compromisso da gestão, para um sistema de saúde acessível, sustentável e de equidade, gerador de conhecimento e inovação.

1. Estruturação do Plano

1.1. Harmonização instrumental ao planejamento governamental na lógica de Gestão para Resultados 2020-2023.

1.1.1 Eixo: Ceará Saudável

1.1.2 Resultado Estratégico: População saudável

Indicadores:

- Razão da mortalidade materna
- Taxa de mortalidade infantil
- Taxa de mortalidade por causas externas (acidentes de trânsito, homicídios e suicídios)
- Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não Transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

1.1.3 Resultado temático: População com saúde integral de qualidade

Indicadores:

- Taxa de detecção de aids em menores de 5 (cinco) anos de idade
- Taxa de incidência de casos de arboviroses
- Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade
- Taxa de internação por condições sensíveis a atenção primária
- Taxa de mortalidade específica por causas externas (suicídio)
- Taxa de mortalidade neonatal
- Taxa de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Taxa de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

2. Orientadores Estratégicos

Missão

Promover saúde individual e coletiva para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Visão de Futuro

Ser referência aos cidadãos como sistema de saúde acessível, sustentável e de equidade, gerador de conhecimento e inovação.

Valores

Resultado centrado no cidadão, Humanização do atendimento, Valorização das pessoas, Transparência e Conhecimento e Inovação.

Análise Situacional

3. Análise Situacional

3.1 Políticas de Saúde no Ceará – Contexto atual

No Brasil, o direto à saúde é assegurado constitucionalmente, por um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, integral e gratuito. A constituição de 1988 concedeu atribuições aos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios).

O objetivo das políticas públicas é assegurar Direito. O dever do Estado em garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

As Políticas de Saúde são formas de intervenção do Estado em problemas identificados que demandam soluções, bem como, são diretrizes norteadoras destinadas a resolver necessidades públicas, melhorar o funcionamento e as necessidades do sistema de saúde, fortalecer a organização dos serviços.

A produção de políticas tem sofrido intensas transformações e enfrentado grandes desafios no processo de implementação, tais como: ambiente político-institucional, implementação da agenda, especialmente seu caráter transversal e intersetorial, participação social, com vistas a garantir sua efetivação como política de Estado, monitoramento, controle e avaliação.

A nova gestão compreendendo a importância e a necessidade de formular políticas integradas, voltadas ao contexto da realidade regional, criou a Secretaria de Políticas de Saúde, área técnica específica para cuidar das Políticas de Saúde, com o objetivo de coordenar o processo de formulação de Políticas de Saúde no âmbito do Estado, que possam impactar positivamente nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população cearense, estabelecer diretrizes para o sistema de saúde e a organização dos serviços de saúde, normatizar os serviços e as redes de atenção à saúde, elaborar instrumentos técnicos e informativos, para dar suporte e melhorar as práticas dos serviços, tais como: normas, procedimentos, regulamentos, linhas de cuidado, protocolos, manuais, notas técnicas, entre outros instrumentos para orientação e execução das ações e serviços em todos os níveis de gestão do cuidado, de forma articulada e integrada, visando o bem-estar, a felicidade e a saúde das pessoas, apoiando a inovação e o desenvolvimento tecnológico em saúde pública.

Ressalta-se que por meio da modelagem institucional, novos arranjos e estratégias organizacionais, reestruturação da regionalização, articulação permanente e fortalecimento de parcerias, elaboração de instrumentos, entre outros recursos, pode-se mudar a atual realidade do

contexto das políticas de saúde, contribuir para o aprimoramento do processo de formulação e implementação das políticas, programas e projetos e melhorar os resultados para a sociedade.

3.2 Cenário da Ouvidoria Geral da Secretária da Saúde do Ceará - SESA

A Ouvidoria Geral da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA Compõe a Rede de Ouvidorias do Poder Executivo Estadual, vinculada à Controladoria e Ouvidoria Geral do Estado – CGE, regulamentada pelo Decreto 33.485 de 21 de fevereiro de 2020. Além de integrar o Sistema Nacional de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde – SUS, vinculado ao Ministério da Saúde, coordena a Rede de Ouvidorias da SESA e tem como instrumento normativo de regulamentação a Portaria nº 3240, de 29 de outubro de 2012, formada por ouvidorias das unidades assistenciais de saúde, das coordenadorias regionais de saúde (integrantes da estrutura organizacional da SESA), das unidades assistenciais de saúde qualificadas como organização social e das unidades assistenciais de saúde dos consórcios públicos, atualmente fazem parte desta rede 73 Ouvidorias.

Compete a Rede de Ouvidorias da SESA, dentre outras funções: acolher as manifestações dos cidadãos relacionadas às ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Estado do Ceará; encaminhar aos órgãos competentes as manifestações recebidas, acompanhar as apurações e fazer retornar aos cidadãos as informações sobre as providências adotadas; zelar pela preservação dos aspectos éticos, de privacidade e confiabilidade em todas as etapas do processo de trabalho com as manifestações registradas; fornecer orientações sobre saúde, sobre o funcionamento do SUS, bem como sobre os direitos e deveres dos cidadãos pertinentes às ações e serviços de saúde pública; implementar ações de incentivo à participação dos usuários no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS, no âmbito da sua unidade, e sistematizar o conjunto das manifestações recebidas na Ouvidoria, produzindo informações a serem disponibilizadas por meio de relatórios semestrais, visando subsidiar a tomada de decisões dos gestores e dos conselhos de saúde. Às ouvidorias das coordenadorias regionais de saúde compete, ainda, apoiar a implantação e a implementação das ouvidorias do SUS nos municípios, como canal de mediação entre o poder público e o cidadão, as ouvidorias do SUS são instrumentos de gestão voltados para o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde. Fazem parte da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS do Ministério da Saúde – ParticipaSUS/MS, como um dos componentes responsáveis pela ausculta da sociedade para o fortalecimento da construção democrática do Sistema Único de Saúde.

As ouvidorias da Rede SESA trabalham de forma articulada, estabelecendo vínculo técnico

com a Ouvidoria Geral e seguindo o mesmo padrão de fluxo e processos de trabalho. A qualidade desse trabalho é monitorada e avaliada pelos Indicadores de Qualidade definidos na Portaria nº 3240/2012.

O desenho do processo de trabalho das ouvidorias da Rede SESA encontra-se registrado no documento *Manual de Boas Práticas das Ouvidorias da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA)*. O Manual tem o objetivo de sistematizar o processo de trabalho clássico das ouvidorias da SESA, como parte do esforço coletivo de unificar os fluxos e as rotinas de trabalho, melhorando a qualidade dos serviços ofertados.

Para garantir maior eficácia e celeridade ao fluxo das manifestações registradas, as Ouvidorias da SESA trabalham com o Sistema Informatizado OuvidorSUS e com a Plataforma Ceará Transparente da Controladoria e Ouvidoria Geral do Estado, possibilitando uma articulação no registro e sistematização das manifestações e gerando melhorias no processo interno de trabalho.

A Rede de Ouvidorias utiliza uma linguagem técnica unificada, buscando fornecer referências para a compreensão de termos, proporcionar a exatidão conceitual, reduzir as ambiguidades e facilitar a comunicação no processo de análise e tipificação das manifestações que subsidia a gestão da informação para a elaboração dos relatórios.

Além do trabalho de coordenação de sua Rede interna, a Ouvidoria Geral da SESA coordena o processo de descentralização das Ouvidorias do SUS, que está voltado para o apoio à implantação de ouvidorias do SUS nos municípios e unidades assistenciais de saúde pública, visando o fortalecimento do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS.

Dentre as ações prioritárias da coordenação do processo de descentralização das Ouvidorias do SUS no Ceará, destacam-se:

Fortalecimento do trabalho articulado e de caráter coletivo por meio do Fórum Cearense de Ouvidorias do SUS – FOCOS;

Incentivo à criação de serviços de ouvidorias do SUS nos municípios e unidades assistenciais;

Estímulo à descentralização do Sistema Informatizado OuvidorSUS (sensibilização para uso do sistema e treinamentos operacionais);

Realização de ações de educação permanente (oficinas de implantação, cursos básicos, curso de aperfeiçoamento em ouvidorias do SUS e oficinas ou cursos temáticos);

Incentivo às produções científicas na área de ouvidorias (realização de Mostras de Trabalhos Científicos e Experiências Exitosas);

Monitoramento e avaliação periódica do trabalho realizado, por meio das pesquisas sobre o "Perfil das Ouvidorias do SUS no Ceará".

Para exercer suas competências, a Ouvidoria Geral funciona com cinco áreas de atuação informalmente definidas. A área de teleatendimento ao cidadão, a de análise e acompanhamento das manifestações, a coordenação da Rede de Ouvidorias da SESA, a coordenação do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS no âmbito do Estado do Ceará e a coordenação administrativa. Visando sistematizar os processos, ações e atividades realizadas pela equipe técnica da Ouvidoria Geral, o processo de trabalho do setor foi manualizado e encontra-se sistematizado no documento *Manual do Processo de Trabalho da Ouvidoria Geral da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.*

3.3 Condições sócio – sanitárias

3.3.1 Mortalidade por causas

No Ceará, observou-se um aumento crescente no registro de óbitos no SIM, com um incremento de 17,8 % entre os anos 2010 e 2014, essa tendência pode ser relacionada ao efeito da Portaria MS/SVS Nº 201, de 3 de novembro de 2010, que atrela o repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde, à alimentação do Sistema de Informações sobre Mortalidade (regularidade no volume de óbitos) pelas Secretarias Municipais de Saúde. Assim configurando um indicativo da ocorrência de subnotificação de óbitos nos anos anteriores a 2011. Em 2014, foram registrados 51.597 óbitos, com destaque para as Doenças do aparelho circulatório, Causas externas e Neoplasias, como as principais causas de morte, por ordem decrescente. Salienta-se a mudança de comportamento do perfil de mortalidade a partir de 2010, quando as causas externas ultrapassaram as neoplasias.

Em uma análise mais detalhada, observamos entre os anos de 2000 e 2018, a predominância das doenças do aparelho circulatório que permanecem, como primeira causa de morte na última década (23,4 em 2000; 29,9 em 2006; 27,4 em 2018). As Causas Externas (11,6 em 2000; 16,4 em 2018) aparecem em terceiro lugar, mas com números aproximados às taxas de mortalidade por Neoplasias (11,7 em 2000; 16,0 em 2018). As Doenças do Aparelho Respiratório (8,1 em 2000; 12,4 em 2018) ocupam o quinto lugar, apresentando tendência discretamente ascendente nos últimos anos. Seguem em sexto e sétimo lugares, as Doenças do Aparelho Digestivo (4,7 em 2000; 4,5 em 2018) e as Doenças Infecciosas parasitárias (3,6 em 2000; 5,1 em 2018), com taxas e crescimentos aproximados nos anos analisados. As taxas de mortalidade por Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas (20,2 em 2000; 26,1 em 2013; 6,2 em 2006; 2,7 em 2018), declinando abruptamente até o ano de 2006, a partir de quando permaneceu relativamente constante até o ano de 2016, quando voltou a declinar mais ainda até o ano de 2018.

3.3.2 Mortalidade por doenças do aparelho circulatório

O grupo das doenças do aparelho circulatório ocupou o primeiro lugar entre as causas de morte mais frequentes no Ceará e tem apresentado comportamento com características de estabilização na taxa de mortalidade a partir de 2011.

No Ceará, em 2014, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 13.631 óbitos, com taxa de mortalidade de 154,1 óbitos por 100 mil habitantes e se apresentam como principal causa de óbito no Ceará, correspondendo a 26,4% do total de óbitos. Esse percentual continua em crescimento, de modo que no ano de 2018, essas doenças já respondem por 27,4% de todos os óbitos registrados.

Até o ano de 2017, os óbitos por doenças do aparelho circulatório, eram atribuídos, principalmente às Doenças Cerebrovasculares. A partir de então, sua taxa de mortalidade declinou 5,6 pontos, sendo suplantadas pelas Doenças Is0quêmicas do Coração, consideradas, atualmente, como principal causa de morte por doenças do aparelho circulatório. Essas últimas vêm apresentando crescimento acentuado nos últimos 8 anos, alcançando uma taxa de mortalidade 58,6 em 2018. Outra taxa de mortalidade que apresentou constante e significativo declínio nos últimos 8 anos, foi a das Doenças Hipertensivas, que caiu 6,6 pontos entre os anos de 2010 e 2018.

3.3.3 Taxa de mortalidade por tipo de causa externa. (Ceará, 2000 a 2018*)

No Ceará, a partir de 2010, a mortalidade por causas externas passou a representar a segunda causa de morte, com registro de 9.165 mortes em 2014, suplantando as neoplasias. Nesse capítulo, destacam-se as mortes por homicídio, acidentes de trânsito e suicídio, responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade e de anos potenciais de vida perdidos, pois ocorrem principalmente em pessoas jovens.

Nos últimos 18 anos, os homicídios ocuparam a primeira posição como causa de morte violenta, com curva de mortalidade ascendente, superando os acidentes de trânsito. As taxas de mortalidade por homicídios, embora de forma instável, vêm se apresentando de forma crescente e mais do que triplicou entre os anos de 2000 (17,1/ 100.000 hab.) e 2018 (53,8/100.000 hab.) As mortes devido a ocorrências no trânsito ficaram em segundo lugar, seguidas pelo suicídio. A taxa de mortalidade por suicídio vem apresentando suave crescimento nos últimos 18 anos em torno de 6 óbito por 100.000 habitantes (5 em 2001; 6,5 em 2011; 7,2 em 2018).

A violência vem se tornando um grave problema de saúde pública em nosso meio, principalmente nos centros urbanos e afeta a saúde individual e a coletiva, tendo acarretado grande

incremento na morbimortalidade da população nas últimas décadas. Por acometer principalmente a população de adolescentes e adultos jovens, tem gerado grande custo social direto e indireto à sociedade. O grave quadro, demanda dos serviços de saúde maior empenho na elaboração de políticas de promoção da saúde, voltadas para a temática da Cultura de Paz.

Os Acidentes de Trânsito (AT) têm sido encarados como um problema de saúde pública, não somente pelo número de vítimas lesionadas e fatais, mas por representarem um significativo impacto nos custos do Sistema Único de Saúde, além de responderem pela superlotação nos leitos hospitalares.

3.3.4 Mortalidade por neoplasias malignas

Depois das Doenças do Aparelho Circulatório e das Causas Externas, as Neoplasias são as doenças que, atualmente, ocasionam mais óbitos no Estado do Ceará. nos últimos 18 anos, apresentaram um incremento de 5 óbitos/100.000 hab.

1. Taxa de mortalidade por neoplasia maligna, segundo as principais localizações anatômicas, no sexo masculino**.** Ceará, 2013 a 2018*

No sexo masculino, os tumores de próstata, brônquios/pulmões, estômago, esôfago e fígado/vias biliares foram as mais importantes localizações anatômicas das neoplasias malignas. Contudo, predominam, dentre as neoplasias, as taxas de mortalidade por Câncer de Próstata, a qual vem crescendo discretamente nos últimos 5 anos, situação que demanda dos serviços de saúde apresentar estratégias que atraiam mais o universo masculino para as ações preventivas.

Depois do Câncer de Próstata (14,4 em 2013; 15,7 em 2019), os Cânceres de Brônquios e Pulmões (10,8 em 2013; 15,0 em 2019), são, dentre as neoplasias malignas, os que mais têm causado óbitos nos homens. Contudo, observou-se o crescimento em sua taxa de mortalidade nos últimos 6 anos. Da mesma forma, observa-se crescimento nas taxas de mortalidade por Câncer de Estômago (10,6 em 2013; 12,2 em 2019), e Câncer do Fígado/ vias biliares (3,5 em 2013; 4,5 em 2019) nos homens nos últimos seis anos. Por último, aparecem o Câncer por Esôfago.

Destaque especial deve ser dado às neoplasias malignas de estômago e pulmão, causas, que são fortemente relacionadas a hábitos alimentares, estilo de vida e qualidade do ar e que apresentaram maiores tendências de crescimento nas taxas de mortalidade entre os anos analisados. Tal situação demanda dos serviços de saúde maior atenção à Vigilância ambiental, com foco na qualidade do ar e aos níveis de agrotóxicos nos alimentos.

2. Taxa de mortalidade por neoplasia maligna, segundo as principais localizações

anatômicas, no sexo feminino. Ceará, 2013 a 2019*

No sexo feminino as principais causas de mortalidade por câncer foram em ordem decrescente: mama, brônquios e pulmões, estômago, colo de útero e fígado, com comportamento crescente para a mortalidade por câncer de mama e de pulmão.

O câncer de mama (11,9 em 2013; 16,2 em 2019), além de predominar entre as causas de morte por neoplasias no sexo feminino, apresentou um crescimento significativo nos últimos 6 anos, com incremento de 5 óbitos/100.000 hab.

O câncer do colo do útero foi a segunda maior causa de morte por neoplasias nas mulheres no ano de 2018, e suas taxas de mortalidade continuam em ascendência nos últimos cinco anos. Essa situação demanda dos serviços públicos maior investimento em ações de prevenção e diagnóstico precoce.

O câncer de brônquios e pulmões, terceira causa de morte dentre as neoplasias malignas nas mulheres, à semelhança da situação do quadro epidemiológico masculino, apresentou significado crescimento em suas taxas de mortalidade. A situação sinaliza mais uma vez em uma maior atenção dos serviços de saúde para investigação das causas, para o controle do tabagismo e da qualidade do ar, através de ações da vigilância em saúde.

O câncer de mama é uma das principais neoplasias investigadas no Brasil e no mundo, ações de controle do câncer de mama vêm sendo progressivamente incorporadas às políticas públicas de saúde. O Ministério da Saúde recomenda a realização da mamografia bienal para mulheres entre 50 a 69 anos e para as mulheres consideradas de risco elevado (alto risco) para câncer de mama (aquelas com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomenda-se o acompanhamento clínico individualizado. Para isso, se faz necessário uma maior organização da atenção à saúde em prol da garantia do acesso e a continuidade do cuidado a essa população.

A oferta de mamografias de rastreamento tem aumentado significativamente. Porém, o aumento da utilização não necessariamente garante o alcance dos resultados esperados pelas ações de rastreamento, visto que o resultado depende de fatores importantes tais como, qualidade na realização do exame, população-alvo e periodicidade da sua realização.

Existem no Brasil alguns indicadores relativos ao controle do câncer de mama, como a razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária. Este indicador é de elevada importância, pois possibilita avaliar o acesso mamografias de rastreamento em mulheres na faixa etária alvo (50 a 69 anos), demonstrando que regiões que possuem razão de valor igual a 1,0 possuem oferta de exames suficientes para atender as mulheres, já valores abaixo deste, devem melhorar seu acesso ao rastreamento.

3.3.5 Mortalidade infantil

Mortalidade infantil é a terminologia utilizada para designar todos os óbitos ocorridos em crianças menores de 1 ano de idade de uma determinada população, em um período. Para a avaliação da mortalidade infantil é utilizada a taxa de mortalidade infantil, que tem como principais fontes de cálculo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

A taxa de mortalidade infantil mede o risco de morte para as crianças durante o primeiro ano de vida. Para maior fidedignidade de sua análise e melhor aproximação dos fatores de risco e de proteção para a mortalidade infantil, além da taxa de mortalidade infantil total, essa é decomposta em três outras taxas: mortalidade perinatal, neonatal e pós-neonatal.

A taxa de mortalidade perinatal (da 22ª semana da gravidez até 7 dias de nascido) permite avaliar a assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde. A taxa de mortalidade neonatal (de menores de 28 dias de vida), além de também avaliar os fatores anteriormente citados, possui múltiplos e complexos determinantes. Esses estão intrinsecamente relacionados a problemas congênitos, maternos e a complicações durante a gestação e o parto.

Essas causas estão vinculadas a fatores biológicos e assistenciais, a maioria considerada causa endógena. Por sua vez os óbitos ocorridos no período pós-neonatal (de 28 dias a menor de um ano de idade), são relacionados aos riscos ambientais e sociais, causas exógenas.

No Ceará, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) reflete a tendência de declínio apresentada pelo Brasil, passando de 18,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV) em 2005 para 12,1 em 2019, com uma redução de 34,4%. No período analisado as Regiões de Sobral e do Sertão Central apresentaram as maiores taxas de TMI, enquanto a Região de Fortaleza e Litoral Leste expuseram menores taxas.

A redução da TMI neonatal foi de 28% e da TMI pós-neonatal de 45,3%. Seguindo a tendência nacional, observa-se no Ceará a redução da mortalidade infantil devido, principalmente, à redução do componente pós-neonatal, cujas causas podem ser enfrentadas a partir de ações no setor de saúde e à ampliação de outros serviços, como o saneamento básico. Neste componente, a maior redução ocorreu nos óbitos por doenças diarreicas.

Com a redução do componente pós-neonatal da TMI as questões relacionadas à saúde perinatal vieram à tona e, atualmente, essas mortes representam em torno de 70,8% dos óbitos de crianças antes de um ano de vida. Dessa forma, a análise das causas de mortes perinatais e a sua distribuição segundo a idade, são fundamentais para o planejamento de ações.

3.3.6 Taxa de mortalidade infantil e seus componentes neonatal e pós neonatal. Ceará, 2005 a 2018*

Houve uma tendência decrescente nas taxas de mortalidade infantil no Estado do Ceará considerando a série histórica de 2005 e 2019 (18,3 em 2005; 12,1 em 2019). No entanto, vale ressaltar que a partir do ano de 2016 observou-se um comportamento ascendente da TMI. O mesmo se observou com relação a seus componentes neonatal (11,9 em 2005; 8,6 em 2019) e pós neonatal (6,4 em 2005; 3,9 em 2019). Em todos os anos analisados manteve-se a predominância dos óbitos neonatais em relação aos óbitos pós-neonatais, indicando a associação destes com a assistência no período gravídico-puerperal.

1. Óbitos infantis pelas principais causas. Ceará, 2005 a 2019*

Atualmente as principais causas de óbitos infantis no Ceará são a septicemia bacteriana do recém-nascido, seguidas de transtornos relacionados com a gestação de curta duração (baixo peso ao nascer) e desconforto respiratório do recém-nascido. No quarto e quintos lugares, observamos as malformações congênitas do coração e a asfixia ao nascer, respectivamente.

2. Número de nascidos vivos e proporção de tipo de parto. Ceará, 2000 a 2018*

Observa-se no Ceará um contínuo crescimento no número de partos cesáreos em detrimento dos partos vaginais. No período entre os anos de 2000 e 2018, os partos vaginais reduziram em 42,3%, já os tipos cesáreos cresceram em 53%.

3.3.7 Mortalidade materna

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

As mortes maternas são classificadas em mortes maternas obstétricas e não obstétricas. Por sua vez, as mortes maternas obstétricas são subdivididas em mortes obstétricas diretas e indiretas. As mortes maternas obstétricas diretas estão relacionadas aos óbitos ocorridos por complicações obstétricas, durante a gravidez, parto ou puerpério, em virtude de intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou uma cadeia de eventos resultante de qualquer dessas causas. Já as causas

obstétricas indiretas são aquelas resultantes de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante a gestação, não provocadas por esta, mas agravadas pelo efeito fisiológico da gravidez.

No período de 2008 a 2018, a mortalidade materna se manteve elevada com uma média de 122 óbitos por ano. Em 2019 a RMM foi de 56,0 óbitos por 100.000 nascidos vivos, representando uma redução em relação aos anos anteriores, no qual o de 2018 apresentou 64,8 e 2017 com valor de 65,1 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.

Importante destacar que no ano de 2019 60,6% (71/117) das mortes maternas foram classificadas como causas obstétricas, ou seja, intimamente vinculadas à assistência à saúde no período gravídico-puerperal.

3.3.8 Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST/AIDS – CEARÁ

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), diariamente, no mundo, são conhecidos mais de um milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Tendo como base essa estimativa, calculam-se aproximadamente o surgimento de 357 milhões de novas infecções de clamídia, gonorreia, sífilis ou tricomoníase. No intuito de eliminar a transmissão vertical da sífilis, a OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) elencaram para a América Latina e Caribe indicadores de impacto. O Ministério da Saúde, em consonância com OMS e OPAS, optou por utilizar a taxa de incidência de sífilis congênita de ≤ 0,5 casos/1.000 nascidos vivos para conferir aos municípios a certificação nacional de eliminação da sífilis congênita.

No Ceará, de 2010 a setembro de 2019*, foram notificados no Sinan 10.794 casos de sífilis adquirida. A sífilis adquirida, doença de notificação compulsória desde 2010, apresentou elevação na taxa de detecção de 2,6 casos/100mil hab. em 2010 para 41,7casos/100mil habitantes em 2018.

No Ceará, de 2015 a 2020* (até a semana epidemiológica 39) foram notificados 7.392 casos de sífilis congênita. Quanto a sífilis em gestante, no mesmo período, foram notificados 9.445 casos.

A taxa de incidência de sífilis congênita em crianças menores de um ano de idade foi de 9,4 para cada mil nascidos vivos o que representou redução de 3,4% quando comparado com o ano de 2015, que foi de 9,7.

Quadro 1 - Série histórica Sífilis

	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Número de casos de sífilis em gestante	936	1.020	1.426	2.308	2.382	2.096
Número de casos de sífilis congênita	1.284	1.304	1.484	1.427	1.206	1.085

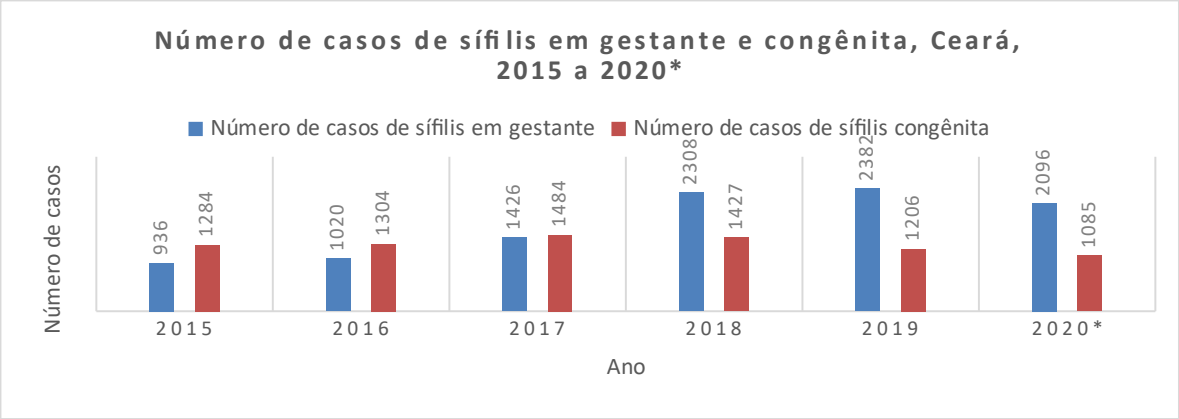


*Gráfico 1 Casos de sífilis em gestante e congênita Ceará 2015 a 2020**

A vigilância dos casos de aids tem início em 1986 com a implantação da notificação compulsória dos casos de aids no Brasil ,por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986 posteriormente através da Portaria nº 993 de 04 de setembro de 2000 foi incorporado a notificação das gestantes, e recentemente em 2014, pela Portaria nº 1.271 de 06 junho de 2014, houve a incorporação da notificação dos casos de HIV na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças (Portaria de Consolidação N o4, de 28 de setembro de 2017).

No período de 2015 a 2020*(até a semana epidemiológica 39) foram notificados no Ceará 5.469 casos de aids em adultos. Quanto aos casos de aids em menores de cinco anos foram notificados 39 casos. No mesmo período foram notificados 9.648 casos de HIV em adultos.

Em relação a HIV em gestante, no período de 2015 a 2020*(até a semana epidemiológica 39) foram notificados 1.547 casos.

A taxa de detecção de aids em adultos no Ceará em 2019 foi 10,0 casos por 100 mil habitantes representando uma redução de 21,9% quando comparado com o ano de 2015 que foi de 12,8.

Quadro 2 - Série histórica AIDS

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de casos novos de aids	1.142	1.062	973	974	963	712
Número de óbitos de aids (SINAN)	264	239	216	186	177	170

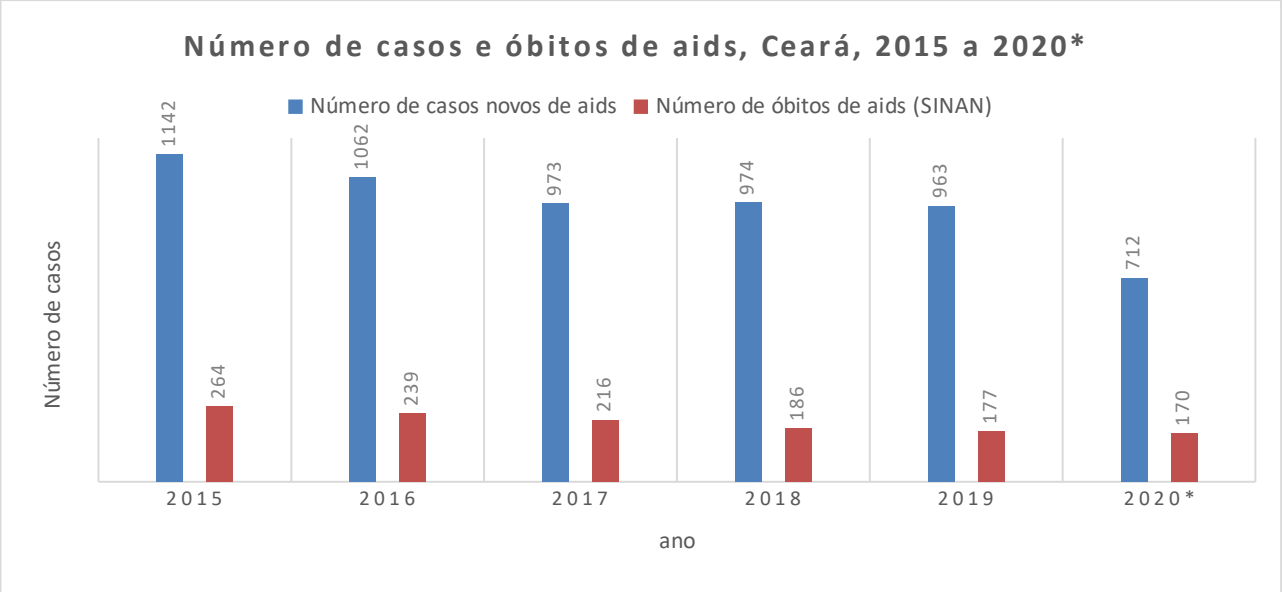


*Gráfico 2 Número de casos e óbitos de aids em adultos, Ceará, 2015 a 2020**

As hepatites virais fazem parte das prioridades do Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde para o biênio 2019-2020, em parceria com o estado do Ceará. A principal prioridade é ampliar o diagnóstico e tratamento das hepatites virais, com foco na hepatite C, e reduzir a transmissão vertical da hepatite B.

De 2007 a 2020*(até a semana epidemiológica 39), foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 8.421 casos confirmados de hepatites virais no Ceará. Destes, 3.628 (43,1%) são referentes aos casos de hepatite A, 2.567 (30,5%) de hepatite B, 2.216 (26,3%) de hepatite C e 7 casos (0,1%) de hepatite D. A hepatite E registrou ao longo da série histórica apenas 3 casos, um caso por ano, nos anos de 2016, 2018 e 2019.

3.3.9 Pandemia Novo Coronavírus (SARS CoV-2)

Compreendendo que a saúde é uma produção socialmente determinada e deve ser vista também como um componente das políticas de educação, de desenvolvimento econômico e industrial, de inovação e demais políticas sociais, a Secretaria Estadual de Saúde - SESA em sua Plataforma de Modernização da Saúde do Ceará, tem a intenção de articular vários setores que tem ações convergentes com o campo da saúde pública e do SUS.

Poucos meses depois da descrição do primeiro caso da doença causada pelo novo Coronavírus (SARS CoV-2) em 01/12/2019 em Wuhan, na China, a COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde como pandemia. No Brasil, até o dia 30 de julho de 2020, já são dois milhões e meio de casos notificados com mais de 90 mil óbitos, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América em número de óbitos. No estado do Ceará, a partir de dados disponibilizados na plataforma IntegraSUS da Secretaria Estadual de Saúde, são 171 mil casos confirmados e 7.664 óbitos.

Esses dados epidemiológicos, alcançados em tão pouco tempo, mostram o elevado grau de transmissibilidade da COVID-19. As formas graves da doença ocorrem em uma fração pequena de pacientes, entre 10 a 15% dos casos, mas perfazem um número absoluto expressivo, eventualmente capaz de causar o colapso dos sistemas de saúde em vários países, estados e municípios.

Os primeiros três casos da COVID-19 no CE, confirmados em Fortaleza, no dia 15 de março de 2020, foram de pacientes que haviam retornado de viagem ao exterior. A capital como um hub aéreo internacional se mostrou um dos fatores relacionados ao impacto mais precoce e mais intenso da pandemia em Fortaleza-CE, quando comparada à maioria das outras capitais do país. O Ceará tem sido considerado um dos melhores estados brasileiros no que tange à transparência e organização de infraestrutura de dados integrados para o enfrentamento da epidemia de COVID-19. Além de contar com excelente serviço de Vigilância Epidemiológica, a SESA criou já em 2020 o seu Centro de Inteligência em Saúde (CISEC), que é coordenado pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

Diante do contexto com o avanço do novo Coronavírus (SARS CoV-2), a Secretaria da Saúde do Estado (SESA) implementou e intensificou ações para enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Estado, onde destacam-se:

Ações de fiscalização intensificadas através da operacionalização de barreiras sanitárias nos aeroportos de Fortaleza, que monitoraram 26.499 passageiros provenientes de 131 voos Internacionais e Nacionais. De Juazeiro do Norte foram monitorados 2007 passageiros de 17 voos, além de 99 barreiras sanitárias nas divisas intermunicipais;

Desenvolvimento de projetos estratégicos voltados a atender as demandas de pessoas em situação de vulnerabilidade (idosos institucionalizados, pessoas em situação de rua, população indígena, dentre outros), bem como assessoria através de web conferências que abordaram cuidados em saúde mental em tempos de pandemia e, junto a Casa Civil, articulou inserção na plataforma de atendimento "Plantão Coronavírus", do COVIDA (atendimento em primeiros socorros psicológicos na modalidade virtual). Também foram ofertadas formações virtuais aos psicólogos que estavam atuando nos serviços do SUS, com a temática "Primeiros Socorros Psicológicos";

A Escola de Saúde Pública (ESP) mobilizou integralmente e prontamente seus eixos de atuação dentro do Plano Estadual de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública, desempenhando um papel estratégico no enfrentamento a pandemia da COVID-19 no Ceará. Assim, foram criadas em tempo recorde ferramentas e estratégias como um site com informações para profissionais de saúde e cidadãos sobre o novo Coronavírus (https://coronavirus.ceara.gov.br), a capacitação de profissionais de saúde para medidas sanitárias e de teles saúde, treinamentos para o atendimento clínico e terapia de suporte avançado de vida aos casos graves. Tais esforços integrados e concentrados culminaram no projeto ELMO, um inovador capacete respiratório para assistência aos pacientes com insuficiência respiratória, nunca usado no Brasil. Também destaca-se a criação da Central de Ventiladores Mecânicos em conjunto com o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial e Federação das Indústrias do Estado do Ceará (SENAI-FIEC), a oferta de curso em larga escala com ensino a distância para treinamento em ventilação mecânica, a elaboração e ampla divulgação de protocolos clínicos baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, pesquisas clínicas e de registro dos pacientes com COVID-19 hospitalizados, aplicativo iSUS para profissionais de saúde, séries de Web conferências sobre os impactos da COVID-19, dentre outras ações.

As atividades consideradas necessárias a todos os municípios e que são prioritárias na execução para o cumprimento da meta para o período de 2020 a 2023, são: Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos a Vigilância Sanitária, Inspeção de Estabelecimentos Sujeitos a Vigilância Sanitária, Atividade Educativa para a População, Recebimento de Denúncias/Reclamação, Atendimento de Denúncias/Reclamação, Atividade Educativa para o Setor Regulado e Instauração de Processo Administrativo Sanitário. Essas ações são executadas pelas VISAS municipais, além claro de outras atividades de rotina definidas nos seus Planos municipais de Saúde. O percentual verificado no acompanhamento foi de 53% dos municípios executando as sete ações, esse valor refere-se a análise dos três primeiros meses de 2020, registro que constava no sistema SIA/SUS/DATASUS/MS, no qual os municípios informam seus dados. Observa-se que algumas atividades estão comprometidas, devido à Pandemia, considerando que os serviços

começaram a funcionar de forma restrita e adaptada com foco nas ações emergenciais.

Casos e óbitos por SRAG

Quadro 3 – Casos e óbitos por SRAG

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Casos de SRAG	252	540	286	1323	1059	46.837
Óbitos de SRAG	0	40	24	144	108	14.282

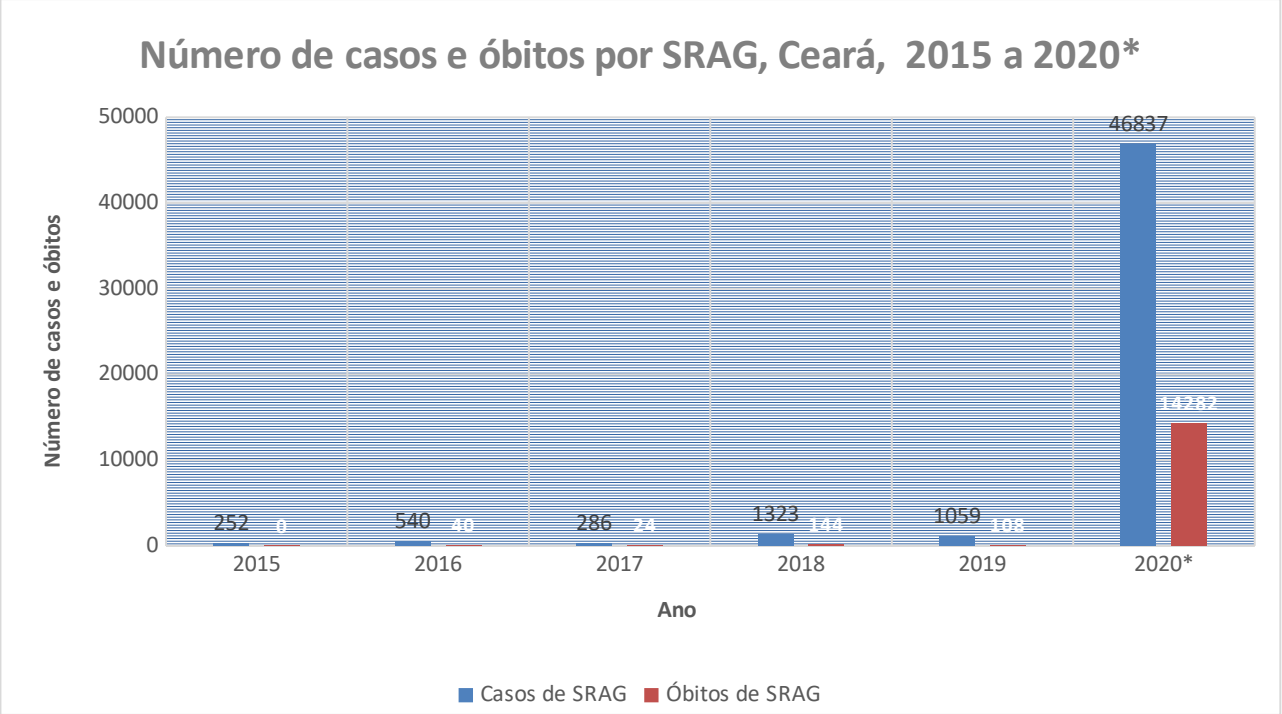


Gráfico 3 Número de casos e óbitos por SRAG

3.2.10 Morbidade

A **hanseníase** é uma doença endêmica no Ceará, em 2019 a incidência foi de 17,2 casos novos por 100 mil habitantes, há um percentual de redução de 16,9% se comparado com o ano 2015.

Quadro 4 – Incidência de hanseníase por região de saúde

Sup. Regional de Saúde	Casos de incidência (2019)	% de redução por casos de incidência
SR Fortaleza	16,4	24,1
SR Cariri	19,7	20,5
SR Sobral	17,4	18,4
SR Litoral Leste/ Jaguaribe	10,2	29,6
SR Sertão Central	22,9	9,5

Quadro 5 – Série histórica de hanseníase - Ceará

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de casos novos de hanseníase	1845	1712	1554	1694	1573	1085

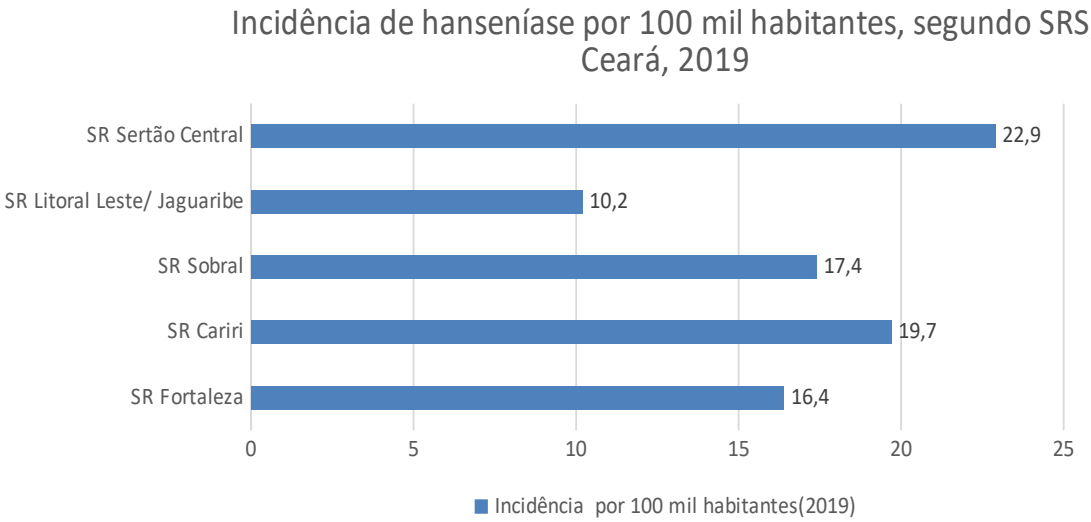


Gráfico 4 Incidência de hanseníase

Número de Casos Novos e Taxas de Detecção de Hanseníase, Ceará, 2010 a 2020*

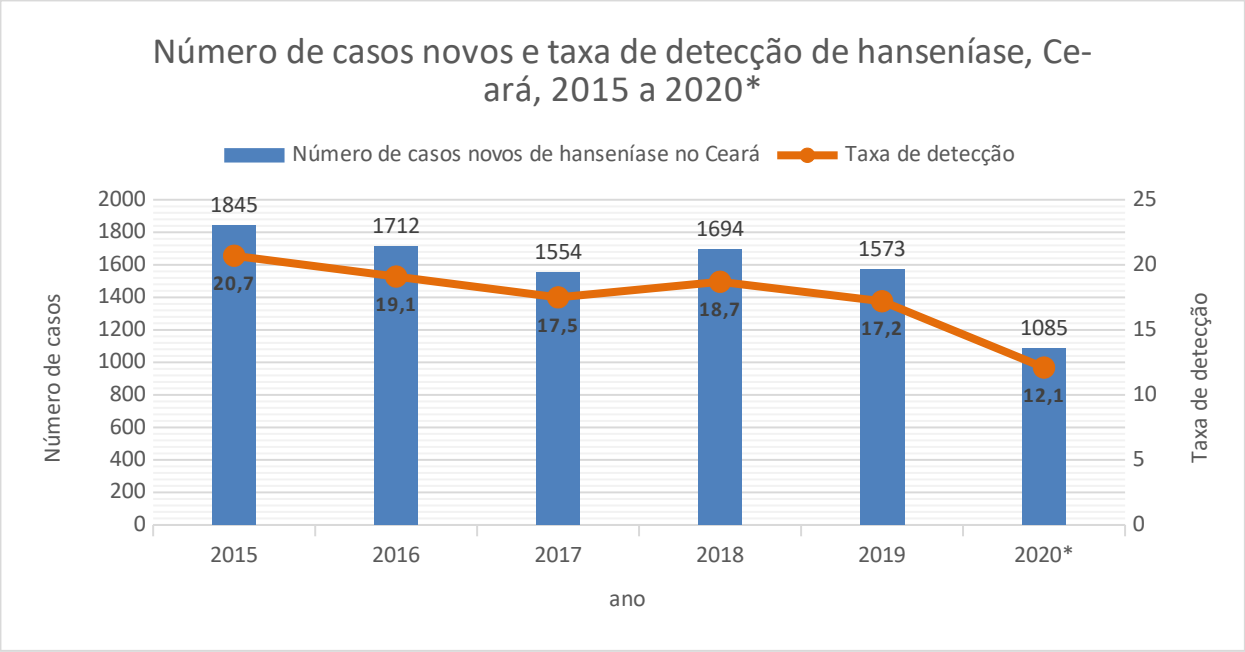


Gráfico 5 Taxa de detecção de hanseníase

A **tuberculose** configura-se como uma doença de ocorrência endêmica no Ceará, em 2019 o coeficiente de incidência foi de 42,5 casos por 100 mil habitantes o que representa um aumento de 10,1% em relação a 2015 quando a incidência foi de 38,6, com taxa de mortalidade de 2,4 por 100 mil habitantes em 2019.

Quadro 6 - Incidência de tuberculose por região de saúde

Sup. Regional de Saúde	Incidência por 100 mil habitantes		% de aumento	% de redução	Variação da taxa de mortalidade da doença	
	2015	2019			2015	2019
SR Fortaleza	51,9	57,5	10,8		3,1	3,4
SR Cariri	8,6	8,1	-	5,8	1,9	1,3
SR Sobral	33,2	35,2	6,0	-	1,6	1,4
SR Litoral Leste/ Jaguaribe	15,8	16,8	6,3	-	0,2	0,5
SR Sertão Central	43,3	50,9	17,5	-	1,1	1,1

Quadro 7- Série histórica de tuberculose - Ceará

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de casos novos de tuberculose	3435	3432	3557	3903	3784	3079

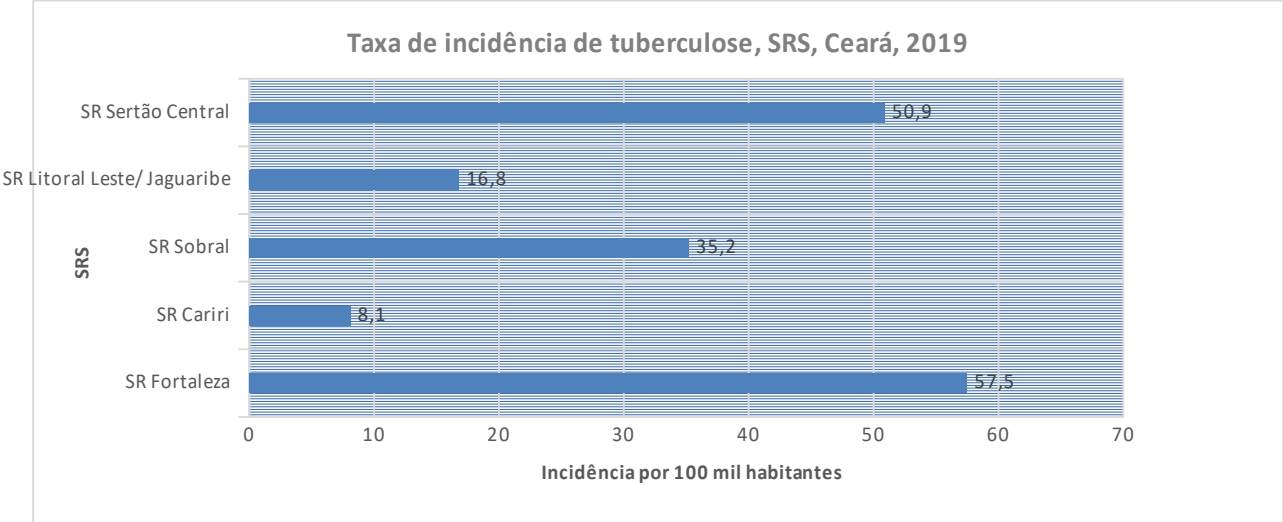


Gráfico 6 Taxa de incidência de tuberculose

Número de Casos Novos e Coeficientes de Incidência de Tuberculose (por 100.000 habitantes), Ceará, 2010 a 2020*

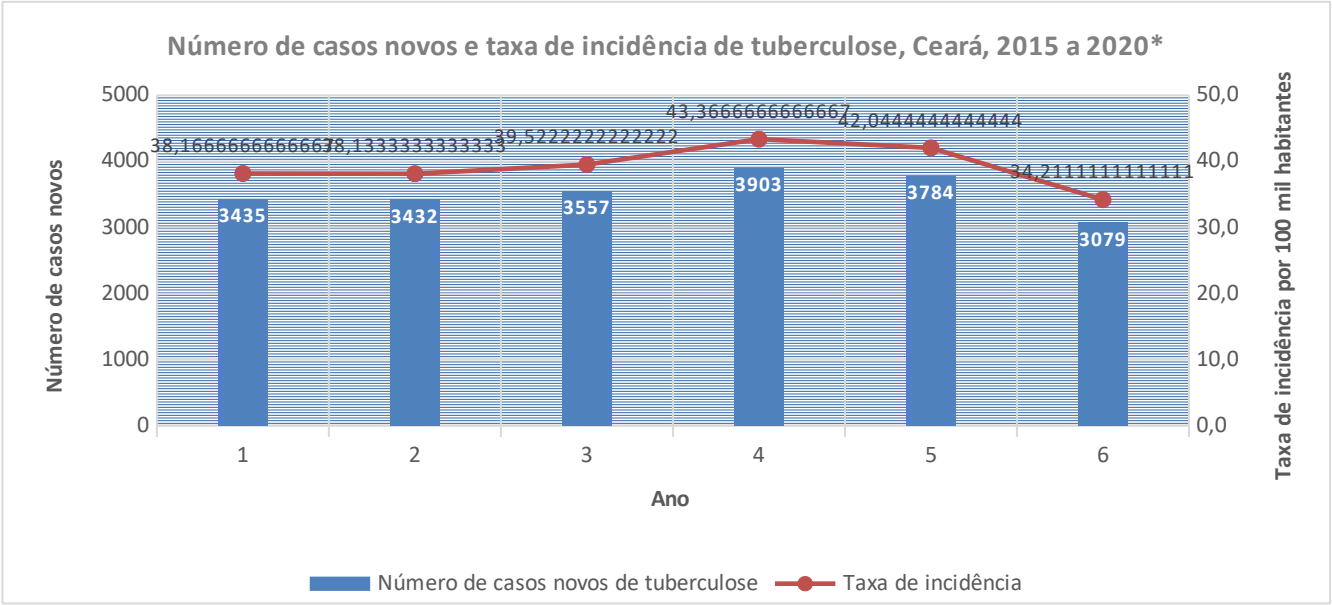


Gráfico 7 Número de casos novos e taxa de incidência de tuberculose

A **Leishmaniose Visceral (LV)** é uma doença de grande relevância para a saúde pública do Ceará. No período de 2015 a 2020, o estado registrou 1.862 casos confirmados da doença, mas com uma redução nos coeficientes de incidência de 5,11 casos por 100.000 habitantes no ano de 2015 para 2,04 casos por 100.000 habitantes em 2020.

Quadro 8- Série histórica Leishmaniose Visceral (LV)

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de Casos de LV	455	302	330	320	272	183

*OBS.: Os casos confirmados de LV são por município de infecção.

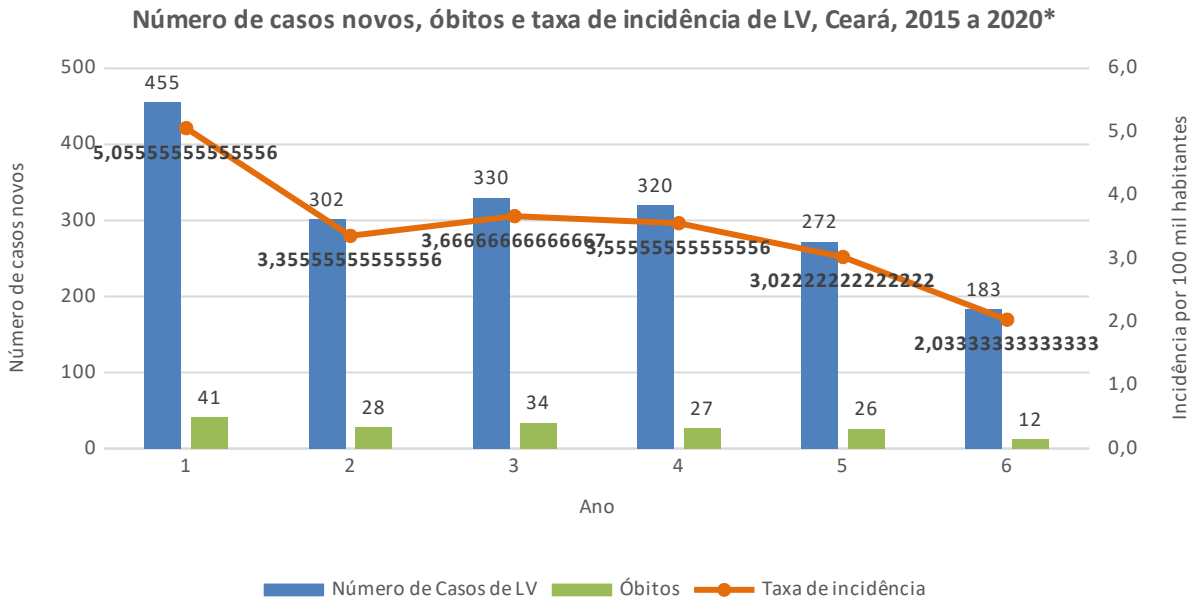


Gráfico 8 Número de casos novos de Leishmaniose Visceral (LV)

Fonte: Sinan/ COVEP/ SESA. Dados coletados em 14.01.2021; sujeitos à revisão.

A **Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)** é uma das afecções dermatológicas que merece mais atenção devido à sua magnitude, assim como pelo risco de ocorrência de deformidades que pode produzir no ser humano e envolvimento psicológico, com reflexos no campo social e econômico. No estado do Ceará, no período de 2015 a 2010, foram registrados 2.493 casos diagnosticados de LTA. Os coeficientes de detecção da LTA mantiveram um padrão semelhante no triênio 2016-2018; porém, declínio de 6,04 casos por 100.000 habitantes no ano de 2015 para 5,82 casos por 100.000 habitantes em 2020.

Quadro 9 - Série histórica Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de Casos de LTA	538	331	321	319	462	522

*OBS.: Os casos diagnosticados de LTA são por município de infecção.
Fonte: Sinan/ COVEP/ SESA. Dados coletados em 14.01.2021; sujeitos à revisão.

Número de Casos e Coeficientes de Detecção de Leishmaniose Tegumentar Americana (por 100.000 habitantes), Ceará, 2015 a 2020

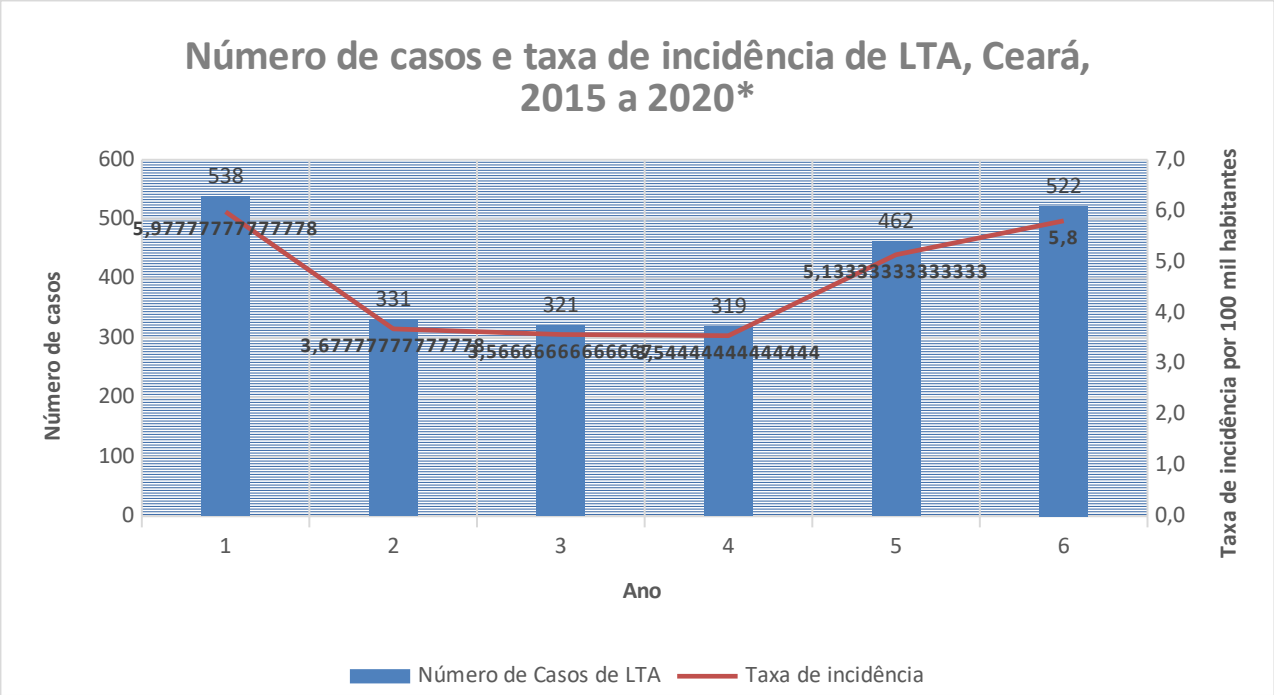


Gráfico 9 Número de casos e taxa de incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)

Fonte: Sinan/ COVEP/ SESA. Dados coletados em 14.01.2021; sujeitos à revisão.

As **arboviroses** são um problema de saúde pública para o Ceará, em 2015 a dengue contabilizou 57.214 casos e em 2019 foram 15.490 casos, o que representa uma redução de 72,9%. Com a introdução dos vírus da Chikungunya e da Zika, o estado passou a ter a tríplice circulação viral, inclusive com epidemias de Zika e Chikungunya em 2016 e 2017. Na região de Fortaleza as três doenças somaram 5.554 casos em 2019, o que representa uma redução de 88,5% quando comparado com 2016 (36.236 casos).

Quadro 10 - Série histórica de Arboviroses

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	57.260	73.205	130.367	5.288	16.663	21.677

Casos confirmados de dengue, Chikungunya e Zika, segundo ano de início dos sintomas,

Ceará, 2010 a 2020*

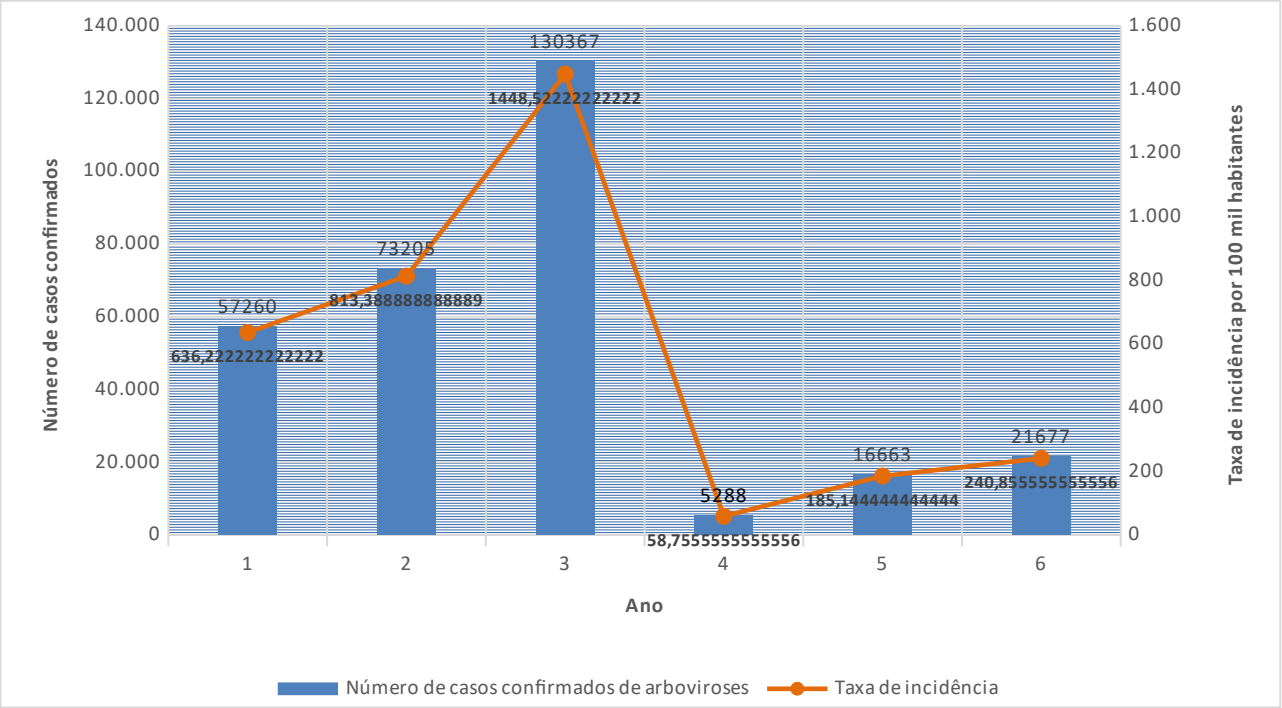


Gráfico 10 Número de casos e taxa de incidência de Arboviroses

Cobertura Vacinal

Através do Programa Nacional de Imunização (PNI), 48 tipos de imunobiológicos (soros, imunoglobulinas e vacinas) são ofertados à população com o objetivo de reduzir a morbimortalidade causada pelas doenças imunopreveníveis, tais como difteria, tétano, poliomielite, dentre outras. Para avaliar o desempenho deste programa, alguns indicadores são preconizados e um deles é a Cobertura Vacinal (CV) que estima a proporção da população-alvo vacinada e supostamente protegida para determinadas doenças.

Além de analisar a CV por vacina, é recomendado o monitoramento desse indicador em todas as vacinas a partir da **proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da criança com Coberturas Vacinais (CV) alcançadas**, na qual verifica o percentual de vacinas que obtiveram CV ideais. Para este indicador, a meta é que, no mínimo, 75% das oito vacinas avaliadas do calendário básico de vacinação da criança apresentem CV adequadas, ou seja é avaliada a quantidade de vacinas com CV adequadas, conforme a meta preconizada pelo Ministério da Saúde para cada uma destas. São elas: BCG, Poliomielite, Rotavírus, Pentavalente, Meningocócica C, Pneumocócica 10v, Tríplice viral e Influenza. (Para as vacinas BCG, Rotavírus e Influenza - meta de CV igual ou superior a 90%. E para as demais, a meta é no mínimo 95%).

Este indicador representa um importante instrumento para a tomada de decisão nas esferas de gestão, pois somente com CV adequadas é possível alcançar o controle ou manter em condição de eliminação as doenças imunopreveníveis sob vigilância. Tem como principal objetivo avaliar e

monitorar as metas de vacinação das vacinas que compõem o calendário básico, reduzindo a morbimortalidade por doenças preveníveis por imunobiológicos que são utilizados na rotina de vacinação.

No Ceará, avaliando as CV das oito vacinas, no período referente de 2015 a 2019, verifica-se que nos últimos dois anos (2018 e 2019) não existem o alcance da meta, o que indica a necessidade de realizar frequentemente o monitoramento e acompanhamento desse indicador por Superintendência de Saúde, a fim de identificar as regiões e municípios com dificuldades de apresentar resultados satisfatórios e, assim, possam priorizar, junto aos gestores de saúde, as melhores estratégias de vacinação.

Quadro 11- Série histórica da Cobertura Vacinal

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da criança com Coberturas Vacinais (CV) alcançadas	100% (alcance de CV nas oito vacinas avaliadas)	100% (alcance de CV nas oito vacinas avaliadas)	87,5% (7/8 vacinas apresentaram alcance de CV)	87,5% (7/8 vacinas apresentaram alcance de CV)	62,5% (5/8 vacinas apresentaram alcance de CV)	12,5% (1/8 vacinas apresentaram alcance de CV)

Fonte: tabnet/DATASUS. Acesso em 14/01/2021.

*Nota: Dados preliminares, sujeitos à alteração. Banco de dados encontra-se disponível para correção e revisão.

Cenário do Sarampo e cobertura vacinal, Ceará, 2015 – 2019

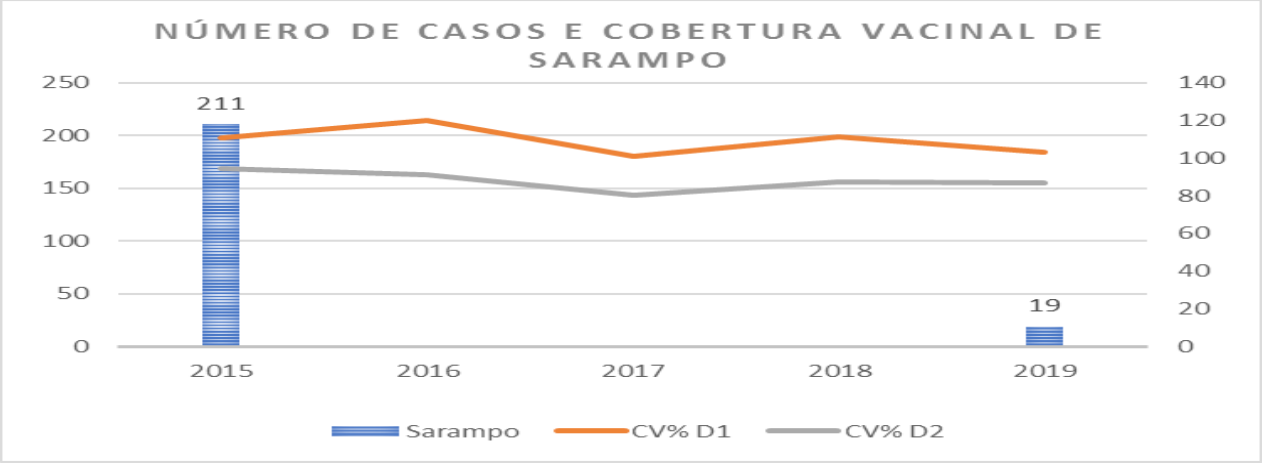


Gráfico 11 Cenário do Sarampo e Cobertura Vacinal

Quadro 12 - Série histórica Sarampo

Sarampo						
Etiologia	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Sarampo	211				19	230
CV%D1	110,83	119,76	100,69	111,46	103,02	
CV%D2	94,42	91,06	80,42	8714	86,70	

Doenças preveníveis com vacina, como o sarampo, continuam a espalhar-se em algumas partes do mundo. A vacinação contra o sarampo é a principal medida de prevenção e controle da doença, cuja ação é eficaz, segura e seu acesso é universal. Diversas estratégias de vacinação são adotadas, a fim de garantir a proteção da população. Ao analisar o período entre 2015 e 2019, no estado do Ceará, observa-se o alcance de coberturas vacinais (CV) da vacina tríplice viral 1ª dose em crianças aos 12 meses de idade. No entanto, nos anos de 2015 passamos pelo fim de uma epidemia e em 2019 tivemos o início de outra, nos mostrando assim a ausência de homogeneidade da vacina, ou seja, em relação à 2ª dose da vacina aos 15 meses de idade, a CV reduz consideravelmente, caracterizando assim uma alta taxa de abandono deste esquema de vacinação, levando assim ao surgimento de bolsões de suscetíveis e ao recrudescimento da doença.

Cenário de Meningite Meningocócica e cobertura vacinal, Ceará, 2015 – 2019

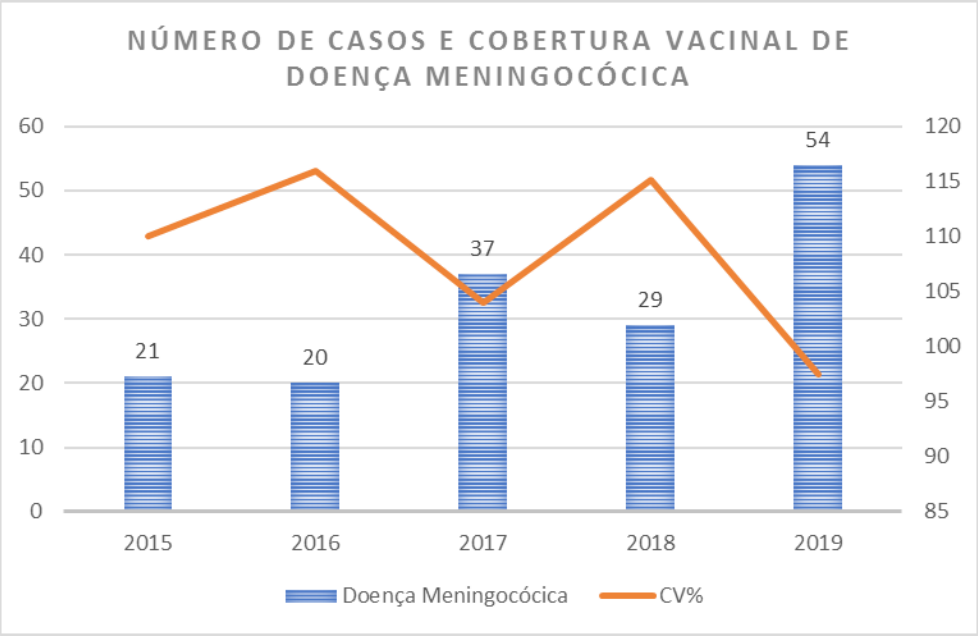


Gráfico 12 Cenário de Meningite e Cobertura Vacinal

Quadro 13 - Série histórica Meningite

Meningite						
Etiologia	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Doença Meningocócica	21	20	37	29	54	161
CV%	110,05	115,99	103,92	115,1	97,42	
Meningite Tuberculosa	13	25	27	20	22	107
CV%	11462	108,82	109,59	104,89	86,05	
Meningite por haemophilus influenzae	3	1	1	1	11	17
CV%	106,69	111,47	96,91	107,76	80,05	
Meningite Pneumocócica	19	13	13	15	42	102
CV%	106,37	119,75	109,36	120,59	98,85	

Vacinas que protegem contra a Meningite	**BCG:** Prevenção **c**ontra formas graves de tuberculose (miliar e meníngea);
	Meningocócica C conjugada: Prevenção da doenca sistemica causada pela *Neisseria meningitidis do sorogrupo* C;
	Pentavalente: Prevenção contra Meningite e infecções causadas pelo H. influenzae tipo b;
	Pneumocócica 10 valente: Prevenção contra doenças invasivas e otite média aguda causada por Streptococcus pneumoniae;
	Meningocócica ACWY: Prevenção contra a meningite e infecções causadas pela bactéria meningococo dos tipos A, C, W e Y.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que ocorram no mundo, aproximadamente, 1,2 milhão de casos e 135 mil mortes por meningite a cada ano. A distribuição da meningite é mundial e sua incidência varia conforme a região. A doença está relacionada à existência de aglomerados, aspectos climáticos, circulação do agente no ambiente e características socioeconômicas.

As meningites de origem infecciosa, principalmente as causadas por bactérias e vírus, são as mais importantes do ponto de vista da Saúde Pública, pela magnitude de sua ocorrência, potencial de produzir surtos e por sua letalidade.

No Brasil, a Doença Meningocócica (DM) casada pela bactéria Neisserie meningitidis é endêmica, com ocorrência esporádica de surtos, geralmente localizados no território de um município específico. O meningococo é a principal causa de meningite bacteriana no país, sendo o sorogrupo C ainda o mais frequente.

O diagnóstico laboratorial é de suma importância para determinar o agente etiológico circulante e, dessa forma, aplicar as medidas de controle pertinentes.

Como medida preventiva e de controle da doença, utilizam-se a quimioprofilaxia com antibióticos e a vacinação. A primeira é recomendada para os contatos próximos, e deve ser

realizada o mais precocemente possível, com o objetivo de prevenir a ocorrência de casos secundários, que, apesar de raros, costumam aparecer num prazo de 48 horas. Entretanto, a forma mais eficaz de prevenção da DM consiste na vacinação, a partir da administração das vacinas sorogrupo ou sorotipo específicas. Na figura a seguir, observamos o número de casos de DM e a cobertura vacinal da vacina Meningocócica C conjugada mostrando que alcançando a cobertura vacinal conseguimos ter um cenário mais favorável em relação ao número de casos por ano da doença apesar de a vacina ser sorogrupo específico.

3.4 Redes de atenção

A Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017, define Rede de Atenção à Saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. E que o objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com previsão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados:

Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos

Integração Vertical e Horizontal

Processos de Substituição

Região de Saúde ou Abrangência

Níveis de Atenção

Organização

A organização das ações e serviços de saúde se constitui a principal finalidade do planejamento, e tem com estratégia as Redes de Atenção à Saúde - RAS ordenadas pela Atenção Primária à Saúde. As redes temáticas e assistenciais prioritárias definidas pelo Estado, para o período de 2020 a 2023 são:

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (linhas de cuidado: diabetes, hipertensão, obesidade, doenças renais crônicas)

- Materno Infantil
- Atenção Psicossocial
- Cuidados à Pessoa com Deficiência
- Urgência e Emergência
- Traumato-Ortopedia
- Neurologia
- Cardiovascular
- Oncologia

Atenção Básica

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

Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde

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

Componente Hospitalar

O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

São objetivos do Componente Hospitalar da Rede Atenção às Urgências:

I - organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade; (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, I)

II - garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção. (Origem: PRT MS/GM 2395/2011, Art. 3º, III)

III - garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de leitos de Cuidados Prolongados e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências

Atualmente são 21 Hospitais habilitados como Porta de Entrada para Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Atenção Domiciliar

O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

Assistência Farmacêutica

O direito à saúde, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988, garante o acesso aos medicamentos integrantes das políticas públicas. Segundo a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004), a Assistência Farmacêutica é conceituada como “um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção,

programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população".

A estruturação e organização da Assistência Farmacêutica para a prestação de um serviço efetivo e eficiente, garantindo o acesso universal e o uso racional de medicamentos é um dos maiores desafios vividos pelos gestores e profissionais que atuam no SUS, principalmente no contexto atual em que novas tecnologias surgem a uma velocidade impressionante, ocasionando uma busca incessante por novos tratamentos e uso indiscriminado de medicamentos.

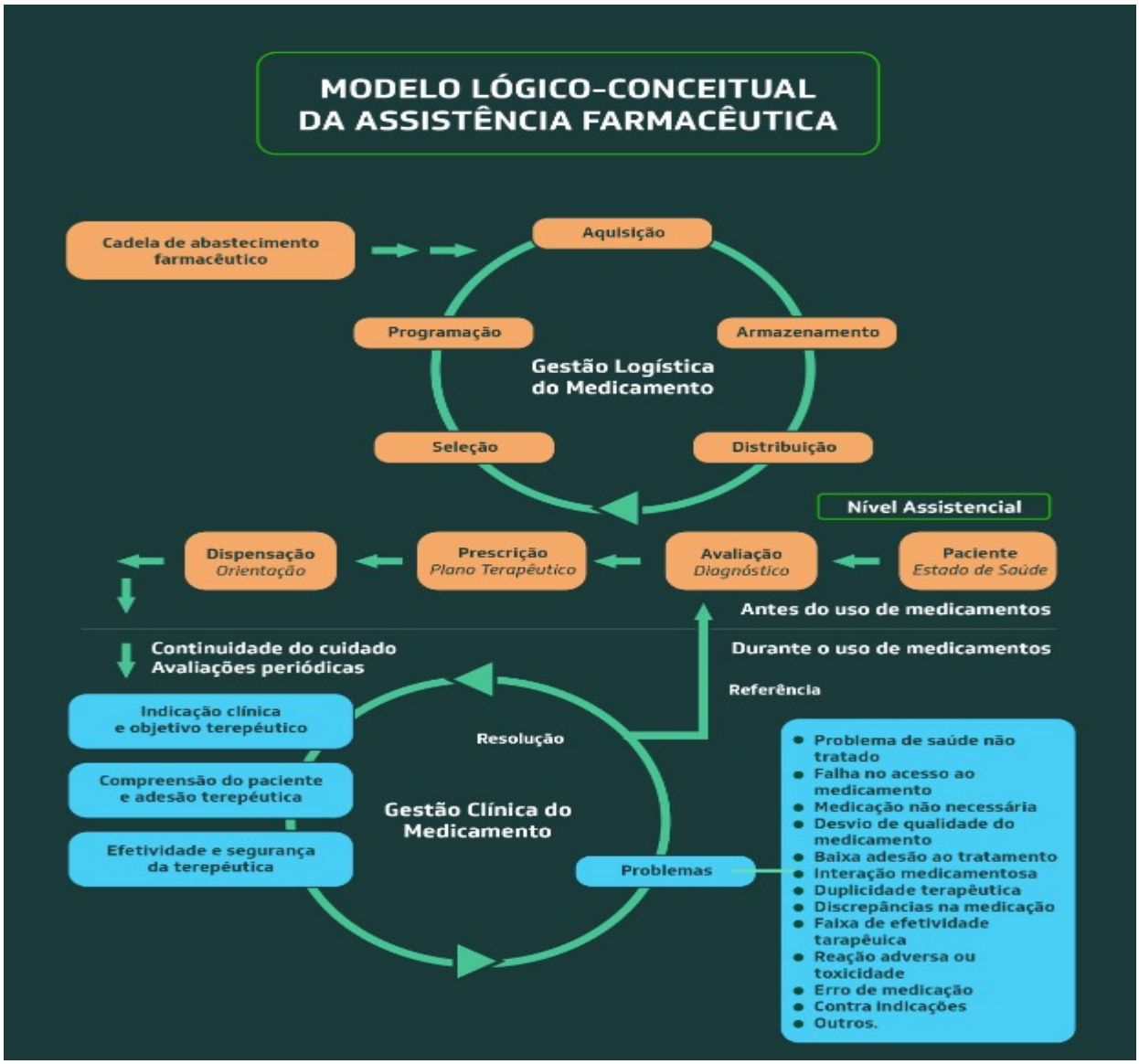


Figura 1 – Modelo lógico-conceitual da Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica tem passado por alterações significativas, principalmente no seu modelo lógico conceitual. Nesse modelo, o acesso aos medicamentos é garantido pelo abastecimento por meio do ciclo logístico, que contempla, igualmente, o uso racional e integral às ações e serviços nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), especialmente aos serviços de gestão clínica do medicamento. Conforme figura abaixo (modelo lógico conceitual):A Assistência Farmacêutica é reconhecida como uma área prioritária no Setor Saúde do Ceará e destacada em diversos programas e projetos estaduais. Na nova estrutura organizacional da SESA, a Assistência Farmacêutica está contemplada estrategicamente na perspectiva das políticas públicas de saúde coma Coordenadoria de Políticas de Assistência Farmacêutica (COPAF) vinculada à Secretaria Executiva de Políticas de Saúde (SEPOS), e tendo na sua estrutura a Célula de Assistência Farmacêutica (CEASF), ficando a operação logística, bem como a execução das compras, a cargo da Secretaria Executiva Administrativo Financeira (SEAFI), através da Célula de Gestão de Logística de Recursos Biomédicos (CEGBI) e da Célula de Execução de Compras de Recursos Biomédicos (CEBIO).

3.4.1 Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil

A Materno Infantil (Rede Cegonha), instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (Portaria de Consolidação Nº 3, ANEXO II, Art. 1º)

Com a finalidade de organização da Rede Materno Infantil, o Estado do Ceará implantou o Programa Nascer no Ceará que propõe a reorganização da inserção dos pontos de atenção hospitalar na Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, com o objetivo de assegurar a continuidade do cuidado. A assistência hospitalar no estado no âmbito do SUS será organizada a partir das necessidades da população, por região de saúde, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseados na ambiência adequada e segura, em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização da linha de cuidado e na vinculação e regulação do acesso.

O foco desta iniciativa é o aprimoramento da organização das redes para um melhor atendimento aos usuários do SUS.
Os principais pontos abordados pela 2ª fase do programa, contemplam:

O hospital como um ponto de atenção da RAS atuando de forma articulada, qualificada e segura;

Avaliação, seleção e readequação dos pontos de atenção hospitalar para integrarem a rede materno infantil;

Capacitação e qualificação dos profissionais das maternidades selecionadas;

Implementação da inserção de contraceptivos de longa duração nas maternidades de referência de alto risco no pós-parto e abortamento.

Segundo a Portaria 650/2011 do Ministério da Saúde, o cálculo da estimativa das gestantes em determinado território no ano é número de nascidos vivos no ano anterior + 10%, desta forma no Ceará 128.859 nascidos vivos em 2019. A estimativa de gestantes no estado do Ceará para o ano 2020 é de 127.850 gestantes, das quais 85% de risco habitual e 15% de alto risco. Ressalta-se que 90% do total de gestantes do estado são dependentes direta ou indiretamente do SUS (SINASC/ANS).

Atualmente, o Ceará possui um total de 177 hospitais com clínica obstétrica. Destes, 95, que correspondem a 54% do total, acompanharam menos de 100 partos por ano e respondem pela assistência de 2,71% dos nascimentos; 21 pontos de atenção hospitalar (11,8%) assistem entre 100 e 300 partos por ano e respondem por 3,3% do total de nascimentos; 61 hospitais (34,4%) assistem mais de 300 partos/ano e respondem por 94% dos nascimentos.

Diante desta análise situacional, o Programa Nascer no Ceará, na sua segunda fase de implementação, se propõe a redefinir, usando critérios claros, com instrumentos construídos a partir das evidências científicas, com metodologia adequada e validada, os pontos de atenção ao parto e nascimento (risco habitual e alto risco) seguido da adequação, capacitação e qualificação da ambiência e profissionais.

Organização da Rede Materno Infantil

A organização é feita a partir de quatro (4) Componentes: Atenção Integral ao Pré -Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. A união, estados e municípios são responsáveis pela operacionalização da Rede Cegonha/Materno Infantil.

COMPONENTE I - Atenção Integral ao pré-natal

Compromisso:

Garantir acesso ao pré-natal de risco habitual nos184 municípios

Garantir acesso ao pré-natal de gestantes de alto risco nas 5(cinco) Regiões de Saúde.

As principais ações definidas nesse componente foram: implantação da Linha Guia da Gestante e Puerperal no Estado; Implantação da Estratificação de Risco e Vinculação da gestante na atenção primária e ambulatorial especializada; Implantação da Padronização de Protocolos de Atenção ao Pré - Natal de Risco Habitual e Alto Risco.

COMPONENTE II - Atenção Humanizada ao Parto e Nascimento

A Reorganização da Atenção Hospitalar prevê a inserção dos hospitais na Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil com o objetivo de assegurar a continuidade do cuidado antes e depois da internação, oferecendo retaguarda de leitos de gestante de risco habitual e alto risco de forma articulada com a atenção básica, Policlínicas e demais estabelecimentos por meio das centrais de regulação.

Os principais pontos propostos nos programas abordados pela Secretaria de Atenção a Saúde e Desenvolvimento Regional contemplam:

O hospital como um ponto de atenção da RAS atuando de forma articulada;

Reclassificação dos Hospitais por Porte;

Mudança no modelo de atenção (a gestão da clínica como conceito inovador para a dinâmica hospitalar);

Contratualização para os hospitais (instrumento contratual formal e financiamento mediado por resultados assistenciais baseados em metas quantitativas e qualitativas)

Responsabilidades de cada esfera de gestão (estadual e municipal).

COMPONENTE III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança.

A Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil no Ceará enfrenta um duplo desafio no componente neonatal: o primeiro, de ampliar a rede de atenção quanto à sua estrutura, buscando suprir a insuficiência de leitos neonatais, financiamento de obras e equipamentos, e de apoio ao custeio e a qualificação de novos leitos. O segundo desafio, na mudança de práticas da atenção neonatal, que, como a obstétrica, tem excesso de intervenções.

Leitos Neonatais - Leitos de UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**), UCINco**

(Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional) **e UCINca** (Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru)**.**

COMPONENTE IV - Transporte Sanitário e Regulação

Foi pactuada a promoção do acesso ao transporte seguro para as gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco nas situações de urgência por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. É de responsabilidade da Central de Regulação Médica das Urgências regular tanto as urgências primárias como as secundárias e garantir o transporte adequado para cada solicitação, de acordo com a gravidade de cada caso.

A regulação do acesso assistencial é de responsabilidade dos municípios quando se trata da referência local, e da SESA nos casos das referências regionais.

3.4.2 Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com transtornos mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede de Atenção Psicossocial -RAPS do estado do Ceará é composta por serviços que fazem parte da Atenção Básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Em 2013 foi feito processo de pactuação de 18 RAPS no Estado do Ceará e atualmente contamos com seguintes serviços implantados: 116 CAPS GERAL(CAPS GERAL I e CAPS GERAL II), 29 CAPS AD, (CAPS AD II e CAPS AD III), 11 CAPS Infantil, 06 Unidades de Acolhimento adulto e 02 Infanto Juvenil, 147 leitos em hospital geral, 470 leitos em hospital psiquiátrico especializado, 06 Serviços Residenciais Terapêuticos. Com a regionalização da saúde, atualmente as RAPS´s estão sendo (re)organizadas, no processo de Planejamento de Saúde Regional (PSR).

A Coordenadoria de políticas de saúde mental, álcool e outras drogas (COPOM)/ SESA, tem em suas atribuições: articular, planejar e coordenar a formulação de políticas, diretrizes, normas e procedimentos para organização da rede de atenção psicossocial no âmbito do Estado. Para tanto, vem desenvolvendo alguns projetos estratégicos, tais como: elaboração da Minuta da Política Estadual de Saúde Mental, elaboração da Proposta de Reestruturação da RAPS através da ampliação das estratégias de cuidado e acesso aos cuidados (Núcleos Regionalizados de saúde

mental e atendimentos especializados em saúde mental nas policlínicas) nas 05 regiões de saúde. Está em processo de análise uma proposta de Co financiamento para as RAPS. Já encontram-se sendo desenvolvidos projetos de Educação permanente, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará, para qualificação dos profissionais que já trabalham na rede especializada, bem como formação dos demais profissionais que desempenham este cuidado em saúde mental nos demais serviços da rede de atenção a saúde.

3.4.3 Rede de Atenção às Urgências e Emergências

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

É constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192; Sala de Estabilização - SE; Força Nacional do SUS; Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h; Componente Hospitalar(Porta de Entrada – RUE, Leitos de Retaguarda, Leitos de Terapia Intensiva – UTI, Unidades de Cuidados Prolongados) e Atenção Domiciliar.

Linhas de cuidado prioritárias (Infarto Agudo do Miocárdio – IAM, Acidente Vascular Cerebral – AVC e Trauma)

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

Em 2017, iniciou-se um projeto de ampliação e expansão para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 CE, com objetivo de minimizar o tempo resposta, aprovado por meio da Resolução CIB – CE nº 14A/2018.

Atualmente temos 3 (três) Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU implantados no Estado, sendo o SAMU 192 CE de gestão do Estado e 2 (dois) serviços de gestão municipal, SAMU 192 Fortaleza recebe contrapartida Estadual e SAMU 192 Sobral está em processo de regionalização sendo incorporado a gestão do Estadual.

Quadro 14 – Frota do SAMU

Proposta de Regionalização Conforme SESA									
PROPOSTA DE REGIONALIZAÇÃO CONFORME SESA									
REGIÃO DE SAÚDE FORTALEZA									
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE REGIONAL	CRU
FORTALEZA	EUSÉBIO		1		1		2	BASE CENTRAL	EUSÉBIO
	FORTALEZA	1					1	BASES SATÉLITES	
	AQUIRAZ				1		1		
	PINDORETAMA				1		1		
	CASCAVEL				1		1		
	BEBERIBE				1		1		
	ITAITINGA				1		1		
	HORIZONTE		1		1		2		
	PACAJUS				1		1		
	CHOROZINHO				1		1		
	Total: 10	1	2		9		12		
	ÁREA DESCENTRALIZADA CAUCAIA								
	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE DESCENTRALIZADA	CRU
	CAUCAIA		1	1	3	1	6	BASE POLO	EUSÉBIO
	SÃO GONÇALO DO AMARANTE		1		1		2	BASES SATÉLITES	
	PENTECOSTE				1		1		
	GENERAL SAMPAIO				1		1		
	PARAIPABA				1		1		
	PARACURU				1		1		
	TOTAL: 6		2	1	8	1	12		
	ÁREA DESCENTRALIZADA MARACANAÚ								
	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE DESCENTRALIZADA	CRU
	MARACANAÚ		1	1	2	1	5	BASE POLO	EUSÉBIO
	MARANGUAPE		1		1		2	BASES SATÉLITES	
	PACATUBA				1		1		
	GUAIÚBA				1		1		
	REDENÇÃO				1		1		
	ARACOIABA		1		1		2		
	BATURITÉ				1		1		

	CAPISTRANO				1		1		
	OCARA				1		1		
	ARATUBA				1		1		
	TOTAL: 10		3	1	11	1	16		
	ÁREA DESCENTRALIZADA ITAPIPOCA								
	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE DESCENTRALIZADA	CRU
	ITAPIPOCA		1		1		2	BASE POLO	EUSÉBIO
	AMONTADA				1		1	BASES SATÉLITES	
	MIRAÍMA				1		1		
	URUBURETAMA				1		1		
	TRAIRI				1		1		
	ITAPAJÉ				1		1		
	TOTAL: 6		1		6		7		
REGIÃO DE SAÚDE SERTÃO CENTRAL									
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE REGIONAL	CRU
SERTÃO CENTRAL	QUIXERAMOBIM		1		1		2	BASE POLO	EUSÉBIO
	QUIXADÁ		1		1		2	BASES SATÉLITES	
	SOLONÓPOLE				1		1		
	SENADOR POMPEU				1		1		
	PEDRA BRANCA				1		1		
	BANABUIÚ				1		1		
	IBICUITINGA				1		1		
	TOTAL: 7		2		7		9		
	ÁREA DESCENTRALIZADA CANINDÉ								
	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE REGIONAL	CRU
	CANINDÉ		1		1		2	BASE POLO	EUSÉBIO
	CARIDADE				1		1	BASES SATÉLITES	
	ITATIRA				1		1		
	BOA VIAGEM				1		1		
	TAUÁ		1		2		3		
	AIUABA				1		1		
	TOTAL: 6		2		7		9		
REGIÃO DE SAÚDE LITORAL LESTE/JAGUARIBE									
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE REGIONAL	CRU
LITORAL LESTE /JAGUARIBE	LIMOEIRO DO NORTE		1		1		2	BASE POLO	EUSÉBIO
	ALTO SANTO				1		1	BASES SATÉLITES	
	JAGUARIBARA				1		1		
	TABULEIRO DO NORTE				1		1		
	PEREIRO				1		1		

	JAGUARIBE				1		1		
	TOTAL: 6		1		6		7		
	ÁREA DESCENTRALIZADA RUSSAS								
	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE DESCENTRALIZADA	CRU
	RUSSAS		1		1		2	BASE POLO	
	JAGUARUANA				1		1	BASES SATÉLITES	EUSÉBIO
	ARACATI		1		1		2		
	JAGUARETAMA				1		1		
	ICAPUÍ				1		1		
	MORADA NOVA				1		1		
	TOTAL: 6		2		6		8		
REGIÃO DE SAÚDE CARIRI									
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE REGIONAL	CRU
CARIRI	JUAZEIRO DO NORTE		1		4		5	BASE POLO	JUAZEIRO DO NORTE
	JUAZEIRO DO NORTE	1					1	BASES SATÉLITES	
	BARBALHA				1		1		
	CARIRIAÇU				1		1		
	JARDIM				1		1		
	MISSÃO VELHA				1		1		
	TOTAL: 6	1	1		8		10		
	ÁREA DESCENTRALIZADA ICÓ								
	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE DESCENTRALIZADA	CRU
	ICÓ		1		1		2	BASE POLO	JUAZEIRO DO NORTE
	LAVRAS DA MANGABEIRA				1		1	BASES SATÉLITES	
	CEDRO				1		1		
	ORÓS				1		1		
	VÁRZEA ALEGRE				1		1		
	TOTAL: 5		1		5		6		
	ÁREA DESCENTRALIZADA CRATO								
	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE DESCENTRALIZADA	CRU
	CRATO		1		2		3	BASE POLO	JUAZEIRO DO NORTE
	ASSARÉ				1		1	BASES SATÉLITES	
	CAMPOS SALES				1		1		
	SALITRE				1		1		
	FARIAS BRITO				1		1		
	ARARIPE				1		1		
	SANTANA DO CARIRI				1		1		
	TOTAL: 7		1		8		9		

	ÁREA DESCENTRALIZADA BREJO SANTO								
	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE DESCENTRALIZADA	CRU
	BREJO SANTO		1		1		2	BASE POLO	JUAZEIRO DO NORTE
	AURORA				1		1	BASES SATÉLITES	
	JATI				1		1		
	PENAFORTE				1		1		
	MAURITI				1		1		
	MILAGRES				1		1		
	TOTAL: 6		1		6		7		
	ÁREA DESCENTRALIZADA IGUATU								
	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE DESCENTRALIZADA	CRU
	IGUATU		1		2		3	BASE POLO	JUAZEIRO DO NORTE
	ACOPIARA				1		1	BASES SATÉLITES	
	QUIXELÔ				1		1		
	JUCÁS				1		1		
	SABOEIRO				1		1		
	MOMBAÇA				1		1		
	CATARINA				1		1		
	TOTAL: 7		1		8		9		
REGIÃO DE SAÚDE SOBRAL									
REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE REGIONAL	CRU
SOBRAL	SOBRAL		1		2	1	4	BASE POLO	SOBRAL
	MASSAPÉ				1		1	BASES SATÉLITES	
	FORQUILHA				1		1		
	CARIRÉ				1		1		
	IRAUÇUBA				1		1		
	SANTANA DO ACARAÚ				1		1		
	SANTA QUITÉRIA		1		1		2		
	TOTAL: 7		2		8	1	11		
	ÁREA DESCENTRALIZADA IPÚ								
	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE DESCENTRALIZADA	CRU
	IPÚ		1		1		2	BASE POLO	SOBRAL
	CROATÁ				1		1	BASES SATÉLITES	
	GUARACIABA DO NORTE				1		1		
	RERIUTABA				1		1		
	HIDROLÂNDIA				1		1		
	TOTAL: 5		1		5		6		
	ÁREA DESCENTRALIZADA ACARAÚ								
	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE DESCENTRALIZADA	CRU
	ACARAÚ		1		1		2	BASE POLO	SOBRAL
	ITAREMA				1		1	BASES SATÉLITES	
	BELA CRUZ				1		1		
	MARCO				1		1		

	MORRINHOS				1		1		
	TOTAL: 5		1		5		6		
	ÁREA DESCENTRALIZADA TIANGUÁ								
	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE DESCENTRALIZADA	CRU
	TIANGUÁ		1		1		2	BASE POLO	SOBRAL
	SÃO BENEDITO				1		1	BASES SATÉLITES	
	UBAJARA				1		1		
	GRAÇA				1		1		
	VIÇOSA DO CEARÁ				1		1		
	TOTAL: 5		1		5		6		
	ÁREA DESCENTRALIZADA CRATEÚS								
	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE DESCENTRALIZADA	CRU
	CRATEÚS		1		2		3	BASE POLO	SOBRAL
	INDEPENDÊNCIA				1		1	BASES SATÉLITES	
	IPUEIRAS				1		1		
	NOVO ORIENTE				1		1		
	TAMBORIL				1		1		
	TOTAL: 5		1		6		7		
	ÁREA DESCENTRALIZADA CAMOCIM								
	MUNICÍPIO	AERO	USA	USI	USB	MOTO	TOTAL	BASE DESCENTRALIZADA	CRU
	CAMOCIM		1		1		2	BASE POLO	SOBRAL
	BARROQUINHA				1		1	BASES SATÉLITES	
	GRANJA				1		1		
	COREAÚ				1		1		
	JIJOCA DE JERICOACOARA				1		1		
	TOTAL: 5		1		5		6		
TOTAL GERAL:	120	2	27	2	129	3	**163**		3

TOTAL DE CENTRAIS DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS – CRU's:	3	TOTAL DE RECURSOS MÓVEIS:	163
EUSÉBIO	1	AERO – AEROMÉDICO	2
JUAZEIRO DO NORTE	1	USA – UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO	27
SOBRAL	1	USI – UNIDADE DE SUPORTE INTERMEDIÁRIO	2
TOTAL DE BASES:	120	USB – UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO	129
BASES CENTRAIS	1	MOTO – MOTOLÂNCIA	3
BASES POLOS	18		
BASES SATÉLITES	101		

Sala de Estabilização

A Sala de Estabilização (SE) é a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde, observadas as seguintes diretrizes:

I - funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;

II - equipe interdisciplinar compatível com suas atividades; e

III - funcionamento conforme protocolos clínicos e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável.

Força Nacional/Eventos de Massa

O Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.

Portaria Nº 1.139 de 10 de junho de 2013, define no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa.

Unidade de Pronto de Atendimento – UPAs 24 horas

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências;

São Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade, como consta na Portaria Nº 03 de consolidação de 28/09/2017, Art 10º, anexo III, livro II.

3.4.4 Rede de Atenção às Condições Crônicas

A ascensão das condições crônicas demandas do sistema de saúde e ações de maior abrangência. Assim, diante do desafio de ampliar a promoção da saúde e a prevenção de doenças e de qualificar o cuidado às pessoas com doenças crônicas, foram desenhadas as Redes de Atenção às Condições Crônicas, que visa promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco, como também a prevenção e o controle do câncer.

Desta forma, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará tem objetivos de:

- Assegurar a atenção e cuidados integrais as pessoas com condições crônicas;
- Propiciar o acompanhamento adequado aos pacientes, de acordo com a classificação de risco e parametrização dos cuidados com a participação de uma equipe multiprofissional;
- Garantir a continuidade da assistência após primeira consulta, conforme os protocolos, pelas equipes da saúde da família e outros profissionais, com marcação de retornos ou visitas, sempre que necessário;
- Contribuir com a Educação Permanente de profissionais na gestão e atenção às pessoas com condições crônicas;
- Apoiar a implantação e ou implementação das ações de educação em saúde sistematicamente;
- Fortalecer ações de regulação, controle e avaliação nas linhas de cuidado as condições crônicas.

3.4.5 Rede de Atenção em Oftalmologia

A Rede de Atenção em Oftalmologia, instituída por Portaria SAS/MS Nº 288, de 19/05/2008, é uma estratégia de organização articulada entre as três esferas de governo.

A Rede de Atenção em Oftalmologia, visa estabelecer uma nova conformação para as Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia**;** bem como em estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, que estabeleça uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das doenças oftalmológicas, pela necessidade de aprimorar os regulamentos técnicos e

de gestão em relação ao tratamento em oftalmologia no Estado do Ceará ; define que seja composta por:

I - Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia;
II - Centro de Referência em Oftalmologia.

Todas as Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e o Centro de Referência em Oftalmologia credenciadas/habilitadas devem organizar uma linha de cuidados integrais que perpasse todos os níveis de atenção e que envolvam a promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde; demonstrar sua integração e articulação com a rede regional e local de atenção à saúde e ainda se obrigar a oferecer consultas em oftalmologia como referência à rede de Atenção Básica, na medida da necessidade da população, definida pelo gestor de saúde.

Ressalve-se que essa atenção exige uma estrutura ambulatorial e hospitalar, com área física adequada, profissionais qualificados e suporte de serviços auxiliares de diagnose e terapia, utilizando-se de técnicas e métodos terapêuticos específicos capazes de realizarem procedimentos clínicos, intervencionistas e/ou cirúrgicos de média ou de alta complexidade aos portadores de doenças oftalmológicas.

Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia – Ceará

Atenção Primária – UBSF desenvolverão ações individual e coletiva voltada à Promoção da Saúde e à Prevenção danos e a recuperação em relação as doenças oftalmológicas: Catarata, Retinopatia Diabética, Glaucoma e Degeneração Macular Relacionada a Idade (DMRI).

Atenção Especializada:

- Serviço de Média Complexidade
- Serviço de Alta Complexidade
- Serviços que Realizam Transplantes de Córnea.

Atenção especializada da média e alta complexidade

Região de Saúde	Município	CNES	Unidade de Saúde	Nº Resolução CIR	Nº Resolução CIB	Glaucoma Res.CIB/CE	Transplante Córnea Resolução CIB	Nível de Complexidade
Fortaleza	1 - Fortaleza	2497654	1. Hospital Geral de Fortaleza- HGF	081/2014	338/2014	40/2012	298/2014	Centro de Referência Estadual/Alta Complexidade
		2561492	2. Hospital Universitário Walter Cantídio	090/2014	338/2014	40/2012	X	Alta Complexidade
		2561239	3. Clinica de Oftalmologia Hyder Carneiro LTDA	084/2014	338/2014	-	29/2010	
		3051803	4.Centro Cearense de Oftalmologia-CCO	079/2014	338/2014	40/2012	X	
		2480565	5. Sociedade de Assistência aos Cegos(Instituto dos Cegos)	089/2014	338/2014	338/2014	51/2014	
		2480638	6. Hospital de Olhos Leiria de Andrade	083/2014	338/2014	338/2014	X	
		2561484	7. Clinica Neusa Rocha	087/2014	338/2014	40/2012	28-A/2015	
		3232891	8. Centro Avançado de Retina e Catarata	085/2014	338/2014	-	X	
		2482258	9. Clinica Dr. José Nilson-Oftalmoclinica	078/2014	338/2014	85/2016	X	
		2562480	10. Centro de Oftalmologia S/C LTDA OFTALMED	-	467/2009	-	X	
		2562472	11. Prontoclinica de Fortaleza	088/2014	338/2014	-	X	
		5121957	12. Clinica de Olhos Oftalmolaser	086/2014	338/2014	256/2012	-	
		3030849	13. Instituto de Oftalmologia e Otorrinaringologia de Fortaleza-IOF	-	465/2009	40/2012	X	
		3270815	14.Serviço Especializada em Oftalmologia do Ceará - SEOCE	-	470/2009	40/2012	-	
		2651394	15. Irmandade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	077/2014	466/209	-	-	
Região de Saúde	**Município**	**CNES**	**Unidade de Saúde**	**Nº Resolução CIR**	**Nº Resolução CIB**	**Glaucoma Res.CIB/CE**	**Transplante Córnea Resolução CIB**	
Fortaleza	Fortaleza	2482479	16. Policlínica da Lagoa Clinica de Olhos Almino Lima LTDA	-	468/2009	-	-	
		2785889	17. FUNCIPE – Fundação de Ciência e Pesquisa	082/2014	338/2014	-	-	
		6655947	18. Instituto de Olhos do Ceará – IOCE *	076/2014	114/2016	114/2016	-	

		2529300	19. Clínica Cearense de Oftalmologia-CCO	-	457/2009			
		3488578	20. Bioclinica Especialidades Médicas	080/2014	338/2014	40/2012	01/2016	
		2529335	21. Clínica Oftalmológica de Fortaleza-COF		458/2009	-		
		3295311	22. Centro Médico Oftalmologico – CEMOF *	-	-	-	317/2012	
		3517330	23. Instituto da Visão do Ceará - IVC	-	-	-	15/2015	
	Caucaia	2561697	24. Fundação São Judas Tadeu	-	259/2008	40/2012	-	
		6274110	25.Clinica de Atendimento Especializado de Caucaia	-	279/2012	-	-	
		8014825	26. Policlínica de Caucaia	-	268/2008	40/2012	-	
		7544952	27. Centro de Referência à Saúde do Homem	41/2014	338/2014	-	-	
	Itapajé	2589171	28.FUNCIPE – Fundação de Ciência e Pesquisa – Mª Ione Xerez Vasconcelos	-	261/2008	40/2012	-	
		6580130	29. Instituto de Oftalmologia de Itapajé	41/2014	338/2014	256/2012	-	
	Paracuru	2562391	30.Santa Casa de Paracuru	-	260/2008	40/2012	-	
		2561905	31.Centro de Saúde Iracema Braga Sanders	-	372/2012	256/2012	-	
	Pentecoste	6320163	32 .Centro de Especialidades Médicas de Pentecostes	41/2014	338/2014	256/2012	-	
	Maracanaú	2272193	33.Hospital de Oftalmologia de Maracanaú – HOMA	-	338/2014	40/2012	-	
		6393133	34. Centro de Especialidades e Oftalmologia – CEO	-	338/2014	-	-	
		5417899	35. FUNCIPE – Fundação de Ciência e Pesquisa	-	346//2008	40/2012	-	
		680346	36. Associação Santo Antônio – Casa da Vovó Marieta	-	168/2017	168/2017	-	
	Maranguape	7015224	37. Bioclinica Maranguape Serviços Médicos S/S Ltda *	-	338/2014	40/2012		
		3423255	38. Policlinica Municipal de Maranguape Dr. Almir Pinto	-	338/2014	-		
	.Redenção	2664666	39. Hospital Maternidade Paulo Sarasarte	-	338/2014	40/2012	-	
Região de Saúde	**Município**	**CNES**	**Unidade de Saúde**	**Nº Resolução CIR**	**Nº Resolução CIB**	**Glaucoma Res.CIB/CE**	**Transplante Córnea Resolução CIB**	**Nível de Complexidade**
Litoral Leste / Jaguaribe	Baturité	6273181	40. Clínica de Oftalmologia LP-LTDA	-	338/2014	40/2012	-	
		6697518	41. Policlínica – Dr. Clóvis Amora Vasconcelos	-	338/2014	-	-	
	Itapipoca	6578497	42. Clínica Visão de Itapipoca	15/2014	338/2014	40/2012	-	
		7057083	43. Policlínica – Francisco Pinheiro Alves	15/2014	338/2014	-		

		2426420	44. Clínica Dr. Márcio Moreira S/C LTDA	15/2014	338/2014	40/2012	-	Alta Complexidade
	Cascavel	2514710	45.Hospital Maternidade Nossa Senhora das Graças	091/2014	338/2014	40/2012	-	Média Complexidade
	Pacajus	6956963	46.Policlínica – Dra. Márcia Moreira de Meneses *	074/2014	338/2014		-	
		6741452	47.Centro de Excelência Médica Dra. Neiva	075/2014	338/2014	234/2013		
	Aracati	2372967	48. Hospital Municipal Dr. Eduardo Dias	29/2014	338/2014	40/2012	-	
	Morada Nova	2327996	49.Unidade de Saúde Fundação São Lucas (Santa Casa de Morada Nova)	21/2014	338/2014	40/2012		
	Russas	7320418	50. Policlínica – Dr. José Martins de Santiago *	21/2014	338/2014	-		
		2328011	51. Hospital Maternidade Divina Providência de Russas	21/2014	338//2014	40/2012		
	Limoeiro do Norte	2563614	52. Instituto de Olhos Vale do Jaguaribe SC LTDA	-	338/2014	40/2012		
	Jaguaribe	3135160	53.Clinica de Olhos Jaguaribe Ltda.	-	338/2014	40/2012		

Região de Saúde	**Município**	**CNES**	**Unidade de Saúde**	**Nº Resolução CIR**	**Nº Resolução CIB**	**Glaucoma Res.CIB/CE**	**Transplante Córnea Resolução CIB**	**Nível de Complexidade**
Sobral	Ipú	2552612	54. Clínica de Olhos Luiz Humberto Gonzaga de Mendonça	12/2014	338/2014	40/2012	-	Média Complexidade
	Sobral	2424533	55. Clínica de Olhos de Sobral	-	338/2014	40/2012	-	
		2424541	56. Instituto de Oftalmologia e Otorrinolaringologia Comendador José Modesto	-	338/2014	-	-	
		2424592	57. Oftalmoclínica Sobralense Ltda (consta)	-	338/2014	40/2012		
		3021114	58. Santa Casa de Misericórdia de Sobral	-	338/2014	40/2012	324/2014	
	Acaraú	7262698	59. Policlínica de Acaraú			-	-	
	Tianguá	7386257	60. Policlínica de Tianguá – Dr. Fcº Edvaldo Coelho Moita	41/2014	338/2014	-	-	
		3019446	61. Clínica de Olhos Santa Luzia	40/2014	338/2014	256/2012		
	São Benedito	5325919	62. Centro da Visão- Clínica Ortomais Centro da Visão Ltda.*	14/2016	58/2016		-	
		8006407	63. Oftalmoclínica Ibiapaba LTDA	39/2014	338/2014	40/2012	-	

	Crateús	2481103	64. Centro Regional Oftalmológico de Crateús (Hospital São Camilo)	-	152/2009	40/2012	-	
		5793041	65. Centro Cearense de Oftalmologia S/C – CINCO	-	153/2009	40/2012	-	
	Nova Russas	7321651	66. Clínica Oftalmológica Dr. Luiz Humberto Gonzaga de Mendonça	19/2014	338/2014	-	-	
	Independência	2723913	67. Centro Integrado de Cirurgia Oftalmológico	-	154/2009	40/2012	-	
	Camocim	6778798	68. Policlínica de Camocim Coronel Gomes da Silva	-	338/2014	-	-	
		3058409	69. Clínica de Olhos de Camocim	-	338/2014	256/2012	-	

Região de Saúde	Município	CNES	Unidade de Saúde	Nº Resolução CIR	Nº Resolução CIB	Glaucoma Res.CIB/CE	Transplante Córnea Resolução CIB	Nível de Complexidade
Cariri	Icó	2611309	70.Hospital Deputado Oriel Guimarães Nunes	23/2014	338/2014	-	-	Média Complexidade
		7376928	71.Policlínica – Dr. Sebastião Limeira Guedes*	23/2014	338/2014	-	-	
	Cedro	2552353	72. Hospital Maternidade de Eneas Viana de Araújo'	-	178/2010	40/2012	-	
		7227205	73.Centro Integrado de Atendimento e Reabilitação-CIAR	23/2014	338/2014	83/2014	-	
	Lavras da Mangabeira	4011562	74. Centro de Saúde Lavras da Mangabeira	23/2014	338/2014	40/2012	-	
	Iguatu	2675633	75.Hospital de Olhos Dr. Renê Barreira	-	374/2012	-	-	
	Brejo Santo	2480697	76. Hospital de Olhos do Ceará - HOCE	34/2014	338/2014	40/2012	-	
		7072341	77.Policlínica Regional de Brejo Santo José Gilvan Leite Sampaio	34/2014	338/2014	-	-	
		6965849	78. Clinica de Oftalmologia Clinoft	34/2014	338/2014	270/2012	-	
	Crato	2415488	79.Hospital e Maternidade São Francisco de Assis	-	338/2014	40/2012	-	Alta Complexidade
		2415534	80. Centro de Oftalmologia do Cariri	-	338/2014	40/2012	-	
		6967906	81. Centro de Especialização de Retina e Catarata	-	338/2014	40/2012	-	Média Complexidade
		2415240	82. Centro de Saúde Teodorico Teles	-	267/2008	40/2012	-	
	Juazeiro do Norte	5117364	83. Instituto de Olhos do Cariri	-	338/2014	40/2012		
		3416690	84. Instituto de Catarata e Miopia	-	338/2014	40/2012		

		2425912	85. Serviço de Assistência Médica Especializada – SAME	-	40/2012	40/2012	-	
	Barbalha	2611570	86. Instituto de Olhos de Barbalha – IOB	-	338/2014	40/2012	36/2011	
		2564211	87. Hospital Maternidade São Vicente de Paula	-	338/2014	40/2012	X	Alta Complexidade

Região de Saúde	Município	CNES	Unidade de Saúde	Nº Resolução CIR	Nº Resolução CIB	Glaucoma Res.CIB/CE	Transplante Córnea Resolução CIB	Nível de Complexidade
Sertão Central	Canindé	2527413	88. Hospital São Francisco de Canindé	08/2014	338/2014	40/2012	-	Alta Complexidade
	Senador Pompeu	2798425	89.Clínica de Olhos Senador Pompeu	024/2014	338/2014	40/2012	-	
	Quixeramobim	2328380	90. Hospital Regional Dr. Pontes Neto	024/2014	338/2014	40/2012	-	
		6125972	91. Policlínica de Quixeramobim	-	474/2009	40/2012	-	
	Quixadá	2328402	92. Hospital Municipal Dr. Eudásio Barroso	024/2014	338/2014	40/2012	-	Média Complexidade
		7405529	93. Policlínica Regional de Quixadá	024/2014	338/2014	-	-	
		3741583	94. Centro de Especialidades Médica CEM – Policlínicas	024/2014	338/2014	40/2012	-	
	Tauá	3264939	95. Policlínica de Tauá	08/2014	338/2014	40/2012	-	
		6632513	96. Policlínica de Tauá Dr. Frutuoso Gomes de Freitas	08/2014	338/2014	256/2012	-	
		8005494	97. Clínica de Olhos Dorinha Cidrão	08/2014	338/2014	-	-	
		7066848	98. Clínica de Olhos Stª Tereza	08/2014	338/2014	40/2012	-	
						67	17	40 M + A + 01 CR

3.4.6 Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB)

O desenho da Política Nacional de Saúde Bucal favorece a formação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB). O Brasil Sorridente possibilitou a ampliação do acesso da população à atenção à saúde bucal, em diversos eixos estratégicos e pontos de atenção: na vigilância em saúde bucal (sanitária, epidemiológica, ambiental), na ampliação de sistemas de fluoretação de água, na expansão da oferta de serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), na criação e implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e na implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs), na inovação referente à estruturação de Centros/Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON/UNACON) (Pinto et al., 2016) e na necessidade de expandir assistência odontologia hospitalar para pacientes politraumatizados de face, pacientes com necessidades especiais, que necessitam de anestesia geral e atenção a pacientes fissurados.

De uma forma geral, o monitoramento das condições de saúde bucal da população brasileira, a partir dos levantamentos nacionais desde o final da década de 80, revela uma melhoria na saúde bucal, exceto para a prevalência de cárie na dentição decídua em crianças de 5 anos que reduziu de 59,4% (ceo-d= 2,8) em 2003 para 53,4% (ceo-d= 2,4) em 2010. Além disso, o alto percentual do componente cariado (cárie não tratada) na dentição decídua se manteve elevado, sendo de 84,2% em 2003 e 80,3% em 2010. A experiência de cárie, avaliada pelo índice CPO-D (número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) em crianças de 12 anos, reduziu de 6,7 em 1986 para 2,1 em 2010; enquanto entre adolescentes de 15 a 19 anos, este índice reduziu de 12,7 para 4,2 no mesmo período (BRASIL, 1988; 2012). Além disso, a prevalência de experiência de cárie dentária na dentição permanente (CPO-D $\geq$ 1) em crianças brasileiras de 12 anos declinou de 96% para 56% entre 1986 e 2010 (BRASIL, 1988; 2012). A população adulta também experimentou melhorias nas condições bucais, como a redução dos agravos periodontais e da perda dentária entre 2003 e 2010. No entanto, as elevadas taxas de edentulismo em idosos mantiveram-se estáveis neste período (BRASIL, 2004; 2012).

As disparidades regionais em saúde bucais observadas desde o inquérito de 1986 perpetuam as marcantes desigualdades, especialmente entre crianças e adolescentes, onde as regiões Norte e Nordeste apresentam recorrentemente os piores indicadores de saúde bucal.

Os serviços de saúde bucal que compõem a RASB no Estado do Ceará incluem:

1) **Atenção Primária:** serviços de saúde bucais básicos ofertados pelas equipes de saúde bucal nas unidades de atenção primária. O estado do Ceará possui uma cobertura de 66,84% de equipes de saúde bucal na ESF e 68,69% de equipes de saúde bucal na Atenção Básica (e-gestor-out

2019). Esta cobertura é cerca de 20% inferior a cobertura de equipes de atenção básica na estratégia de saúde da família.

2) **Atenção Ambulatorial/Especializada:** a atenção secundária em saúde bucal é formada por 22 CEOs-Regionais consorciados e um CEO-Estadual (CEO CENTRO), 62 CEOs municipais (Dados NUASB-Julho/2019).

3) **Atenção Hospitalar:** formada por uma rede de hospitais que realizam entre outros serviços odontologia hospitalar, cirurgias buco maxilo-faciais, trauma-buco maxilo facial e atendimento odontológico hospitalar sob anestesia geral para pacientes especiais adulto e infantil. Este nível de atenção é o mais fragmentado, e com maiores vazios assistenciais. Os serviços com atenção odontológica hospitalar incluem Hospital Waldemar de Alcântara (cirurgias sob anestesia geral em pessoas com deficiência e cirurgias eletivas), Hospital Geral de Fortaleza (odontologia hospitalar, cirurgias buco maxilo faciais), Hospital São José (odontologia hospitalar), Hospital Infantil Albert Sabin (odontologia hospitalar para pacientes infantis, atendimento especializado para pacientes infantis porta aberta e atendimento sob anestesia geral de pacientes infantis com necessidades especiais), Hospital Regional do Cariri (Serviço de Traumatologia Buco- Maxilo Facial).

Em relação ao apoio logístico, o programa de Câncer de Boca do Estado do Ceará utiliza o laboratório histopatológico da Universidade de Fortaleza. Além disso, o estado possui 54 LRPDs municipais e 21 LRPDs regionais consorciados. 1 LRPD estadual.

Ainda no componente da vigilância ambiental, vários municípios cearenses apresentam problemas na viabilidade de uma quantidade de flúor mínima para a prevenção da doença cárie dentária, bem como da disponibilidade de flúor na água. Apenas 62,6% da população cearense é coberta com água fluoretada (Frazão e Narvai, 2017).

Com base no diagnóstico situacional dos serviços listamos algumas propostas para serem incluídas no Plano Estadual de Saúde Bucal (2020-2023):

Programa de Apoio à Promoção de Saúde Bucal a crianças e adolescentes.

Os indicadores de média de ação coletiva escovação dental supervisionada no Estado do Ceará em 2019 foi de 0.09%%. A escovação dental supervisionada é uma proposta importante para prevenir as doenças bucais e consequentes gastos associados ao aumento da carga da doença para os serviços de saúde.

2) Apoio para a equiparação de cobertura de equipes de saúde bucal as equipes de saúde da família;

3) Regionalização da atenção hospitalar em saúde bucal, nos hospitais regionais do Cariri, Sertão Central, Norte e Vale do Jaguaribe.

3.4.7 Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

A Atenção Integral em Saúde do Trabalhador se desenvolve em todos os pontos da rede de atenção do SUS, desde a atenção primária, incluindo a estratégia da Saúde da Família, até os serviços de média e alta complexidade, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST),e outras instâncias do SUS.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador RENAST, e a Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017, que instituí a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora , com a finalidade oferecer subsídio técnico para o SUS nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais.

No Ceará, a Célula de Vigilância e Saúde do Trabalhador e Trabalhadora- CEVIT, está inserido na estrutura organizacional como parte da Coordenadoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora-COVAT, e dentre as principais atribuições, destaca-se a Coordenação das ações de Saúde do Trabalhador nas diferentes instâncias do SUS, a acompanhar e executar a política, estabelecer diretrizes e monitorar a aplicação dos recursos repassados para implementação das ações, garantindo a atenção integral em rede estadual e regional.

A CEVIT, em parceria com os CEREST'S tem por missão Institucional, integrar as ações, serviços e setores do Estado envolvidos com a Saúde do Trabalhador, visando obter melhores indicadores na qualidade de vida dos trabalhadores cearenses.

Os CEREST integram a rede estadual, sendo responsáveis pelas ações de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência. Funcionam como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, na retaguarda técnica e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

Ao todo, o Estado possui um total de 09 (nove) Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, sendo 01 (um) CEREST Estadual e 08 (oito) CEREST´S Regionais, com a seguinte área de abrangência:

CEREST Estadual Manuel Jacaré – os 184 municípios.

CEREST Regional de Fortaleza: abrange as Regiões de Saúde de Fortaleza, Maracanaú, Caucaia, Baturité e Itapipoca.

CEREST Regional de Sobral: abrange as Regiões de Saúde de Sobral, Acaraú,Camocim e Crateús

CEREST Regional de Horizonte: abrange os municípios de Itaitinga, Pacajus,Chorozinho, Ocara, Cascavel, Pindoretama, Aquiraz, Eusébio e Beberibe.

CEREST Regional de Juazeiro do Norte: abrange as Regiões de Saúde de Juazeiro do Norte, Crato, Icó, Iguatu, Brejo Santo.

CEREST Regional de Tianguá: abrange a Região de Saúde de Tianguá.

CEREST Regional de Aracati: abrange as Regiões de Saúde de Aracati.

CEREST Regional de Quixeramobim: abrange as Regiões de Saúde de Quixadá, Canindé e Tauá.

CERESTA Regional de Limoeiro do Norte – Zé Maria do Tomé: Desenvolve ações em Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente.

Em processo de redimensionamento a instituição da rede de serviços sentinela em Saúde do Trabalhador constitui uma das estratégias para a descentralização das ações e possibilita o acesso às ações de diagnóstico e de notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, na rede de atenção do SUS, desde a Atenção Primária à Saúde até as Unidades de referência especializada.

A notificação de agravos e doenças relacionadas ao trabalho é atribuição tanto de caráter universal como em rede de unidades sentinelas, a ser feita de acordo com as Portarias de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, que define respectivamente, a Lista Nacional de Notificação Compulsória Universal e em Rede Sentinela dos agravos, doenças e eventos de saúde pública nos serviços de saúde pública e privada em todo o território nacional, sendo:

Notificação Compulsória Universal

Acidente de trabalho com exposição a material Biológico;
Acidente de trabalho, grave, fatal e com crianças e adolescentes;
Intoxicação Exógena (por substâncias químicas incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados).
Violências Relacionadas a Saúde do Trabalhador.

Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas

Câncer relacionado ao trabalho;
Dermatoses ocupacionais;
Lesões por esforço repetitivo/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT);
Perda auditiva induzida por ruído relacionada ao trabalho (PAIR);

Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
Transtornos mentais relacionados ao trabalho;

No estado do Ceará, a Resolução da CIB/CE nº 149, de 18 de maio de 2010, instituiu o serviço sentinela em Saúde do Trabalhador. As Unidades Sentinelas, têm como responsabilidade identificar, investigar e notificar os casos de doenças/agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho, subsidiando ações de promoção, prevenção, vigilância e intervenção em Saúde do Trabalhador e ao meio.

3.4.8 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.(Convenção da ONU sobre os direitos da pessoa com deficiência (NY, 2007)

Pessoas com Deficiência no Brasil

Figura 2 – Pessoas com deficiência

No Ceará, 2.340.150 (27,69%) de pessoas declaram possuir algum tipo de deficiência (IBGE, 2010). O perfil da população residente no Ceará com deficiência é composto prioritariamente de mulheres (56,8%), moradores da área urbana (75%), possuem cor parda (60,8%) e tem idade igual ou superior a 60 anos (27,1%) (IBGE).

Problemas atuais:

Ausência de Censo atualizado;
Ausência de um plano de regionalização para atendimento a pessoas com deficiência;
Ausência de políticas públicas mais efetivas para pessoas portadoras de deficiência;
Ausência de incentivo do Estado para atendimento a pessoas com deficiência;

Rede de Cuidado à Pessoa com deficiência:
Rede de saberes de modo integrado e transversal possibilitando transformações nos modos de ver e cuidar, que produzam avanços nos direitos das pessoas com deficiência.

Objetivos da rede:

Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no SUS;
Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco;
Desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta;
Ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM);
Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social;
Promover mecanismos de educação permanente para profissionais de saúde.

Em funcionamento:

Quadro 15 - Situação Atual – Centro Especializado de Reabilitação – CER

REGIÃO DE SAÚDE	QTDE	MUNICÍPIO	MODALIDADE	GOVERNANÇA
CARIRI	1	BARBALHA	FÍSICA E INTELECTUAL	**ESTADUAL**
SOBRAL	1	SOBRAL	FÍSICA E AUDITIVA	MUNICIPAL

FORTALEZA	6	FORTALEZA (POLICLÍNICA)	FÍSICA E INTELECTUAL	MUNICIPAL
		FORTALEZA (NAMI)	FÍSICA E INTELECTUAL	MUNICIPAL
		FORTALEZA (NUTEP)	AUD E INTELECTUAL	MUNICIPAL
		CAUCAIA	FÍSICA E INTELECTUAL	ESTADUAL
		PACAJUS	FÍSICA E INTELECTUAL	ESTADUAL
		MARACANAÚ	FÍSICA E VISUAL	MUNICIPAL

Em construção

Quadro 16 - Situação atual - Centro Especializado de Reabilitação - CER (em construção)

REGIÃO DE SAÚDE	QTDE	MUNICÍPIO	MODALIDADE	GOVERNANÇA
CARIRI	1	JUAZEIRO DO NORTE	FÍSICA, INTELECTUAL E AUDITIVA	MUNICIPAL
LITORAL LESTE /JAGUARIBE	1	RUSSAS	FÍSICA E INTELECTUAL	MUNICIPAL
SERTÃO CENTRAL	1	TAUÁ	FÍSICA E INTELECTUAL	MUNICIPAL
FORTALEZA	3	SÃO GONÇALO DO AMARANTE	FÍSICA E INTELECTUAL	MUNICIPAL
		AQUIRAZ	FÍSICA E INTELECTUAL	MUNICIPAL
		EUSÉBIO	FÍSICA, INTELECTUAL E AUDITIVA	MUNICIPAL

Núcleo de Estimulação Precoce

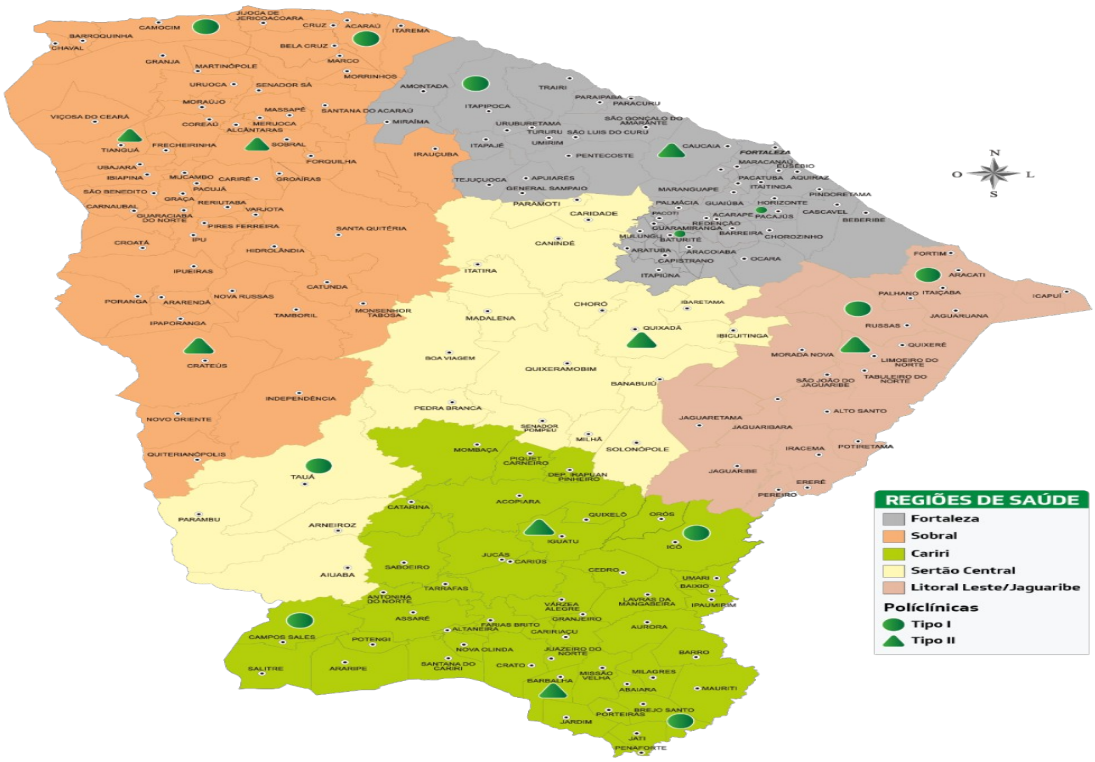


Figura 3 – Núcleo de estimulação precoce

NEP em 19 Policlínicas reabilitadas como CER: Caucaia, Pacajus e Barbaralha

Oficinas Ortopédicas

Quadro 17 - Oficinas Ortopédicas

REGIÃO DE SAÚDE	QTDE	MUNICÍPIO	GOVERNANÇA	STATUS
FORTALEZA	01	FORTALEZA	MUNICIPAL	FUNCIONANDO
CARIRI	01	JUAZEIRO DO NORTE	MUNICIPAL	EM CONSTRUÇÃO

3.4.9 Distribuição da rede de atenção por Região de Saúde

1ª REGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA

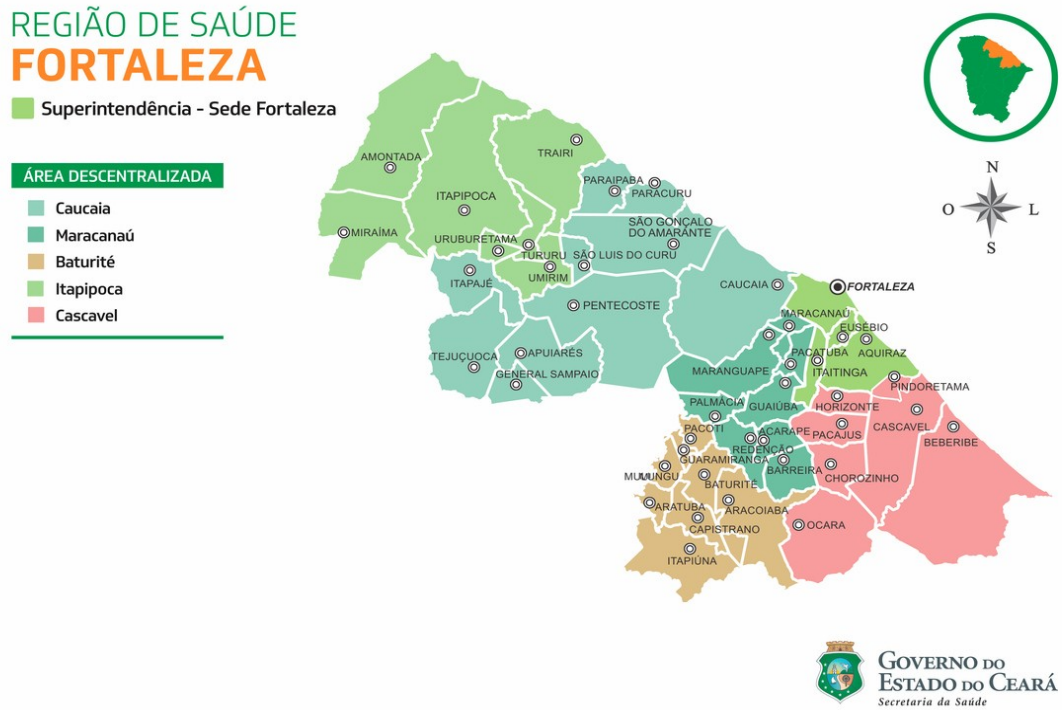


Figura 4 – Mapa da Região de Fortaleza

Região	População de abrangência IBGE 2019	Total Municípios	Nº de representantes do Estado	Nº de representantes dos municípios	Total
1 ª Região de Saúde FORTALEZA **SEDE: FORTALEZA**	4.782.118	44	06 01 Superintendente Regional 05 Coordenadores Regionais (Baturité, Caucaia, Cascavel, Itapipoca e Maracanaú,)	44 08 Gestores de município polo regional 14 Gestores de município médio porte 22 Gestores de município pequeno porte	**50**
Municípios de Grande Porte (05) Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Maranguape e Itapipoca.					
Municípios de Médio Porte (16) Aquiraz, Euzébio, Itaitinga, Itapagé, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, São Gonçalo					

do Amarante, Pacatuba, Baturité, Amontada, Trairi, Cascavel, Beberibe, Horizonte e Pacajus,
Municípios de Pequeno Porte (23) Apuiarés, General Sampaio, São Luis do Curu, Tejuçuoca, Acarapé, Barreira, Guaiúba, Palmácia, Redenção, Aracoiaba, Aratuba, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Mulungu, Pacoti, Miraíma, Tururu, Umirim, Uruburetama, Chorozinho, Ocara e Pindoretama.

Organização dos Serviços de Saúde

A atenção primária é a porta de entrada do sistema de saúde. Fazem parte da atenção primária, por exemplo, os postos de saúde, centros de saúde e unidades de Saúde da Família. A partir desse primeiro atendimento, o cidadão é encaminhado para outros serviços de maior complexidade da saúde pública, como hospitais e clínicas especializadas, que são da atenção secundária e terciária.

A região de Fortaleza disponibiliza de uma extensa rede assistencial, servindo de retaguarda para as demais regiões de saúde do Estado do Ceará.

Quadro 18 - - Cobertura de Atenção Básica e de Estratégia Saúde da Família por município na Região de Saúde Fortaleza.

Municípios	Teto	Implantadas		Teto	Implantadas
	ESF/SB	ESF	SB	ACS	ACS
Acarapé	16	7	7	41	34
Amontada	42	13	5	106	94
Apuiarés	14	7	5	37	25
Aquiraz	78	29	24	196	110
Aracoiaba	26	12	12	66	68
Aratuba	12	5	5	28	30
Barreira	20	10	9	52	53
Baturité	36	11	12	88	79
Beberibe	52	14	14	132	106
Capistrano	18	7	7	44	43
Cascavel	70	22	19	176	153
Caucaia	358	77	45	895	447
Chorozinho	20	9	9	48	40
Eusébio	52	22	19	130	55
Fortaleza	2610	447	270	6524	2.021
General Sampaio	6	3	3	17	19
Guaiúba	26	9	10	65	35
Guaramiranga	4	3	3	9	15
Horizonte	52	26	26	162	116
Itaitinga	38	9	9	97	82
Itapagé	52	19	11	129	121

Itapipoca	126	40	21	316	262
Itapiúna	20	6	5	50	50
Maracanaú	224	64	39	558	294
Maranguape	126	38	26	313	181
Miraíma	14	5	4	34	18
Mulungu	12	3	4	32	21
Ocara	26	11	11	63	56
Pacajus	70	19	13	135	66
Pacatuba	82	25	21	204	106
Pacoti	12	6	5	30	19
Palmácia	14	4	4	33	28
Paracuru	34	8	11	84	58
Paraipaba	32	10	10	81	57
Pentecoste	36	15	14	92	92
Pindoretama	20	10	10	51	43
Redenção	28	14	13	68	62
São Gonçalo do Amarante	48	18	20	119	145
São Luís do Curu	12	5	2	32	27
Tejuçuoca	18	8	8	47	41
Trairi	54	19	10	13	128
Tururu	16	7	3	39	38
Umirim	20	7	4	49	31
Uruburetama	22	10	7	54	39
Total	4668	1113	789	11539	5608

Fonte: e-Gestor.

Como pode-se observar no quadro supracitado a região de saúde de Fortaleza, a APS está organizada nos 44 municípios conforme a Estratégia Saúde da Família- ESF com uma estrutura regional formada por 1.113 Equipes da Estratégia Saúde da Família, 789 Equipes de Saúde Bucal e 5.608 Agentes Comunitários de Saúde.

Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF- AB)

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB) são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua-eCR, equipes ribeirinhas- ESFR e fluviais-eSFF). Os NASF-AB têm como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações.

Apresentamos a seguir a situação de implantação dos NASF-AB nos municípios da área de abrangência da Região de Fortaleza0SRFOR, dezembro 2019.

Quadro 19 - - Número de Núcleo Ampliado de Saúde da Família, segundo tipologia, na Região de saúde de Fortaleza.

Municípios	CREDENCIADO			IMPLANTADO		
	I	II	III	I	II	III
Acarapé	1	-	-	1	-	-
Amontada	1	-	-	1	-	-
Apuiarés	1	-	-	1	-	-
Aquiraz	2	-	-	2	-	-
Aracoiaba	2	-	-	2	-	-
Aratuba	1	-	-	1	-	-
Barreira	1	-	-	1	-	-
Baturité	1	-	-	1	-	-
Beberibe	2	-	-	2	-	-
Capistrano	1	-	-	1	-	-
Cascavel	2	-	-	2	-	-
Caucaia	6	-	-	6	-	-
Chorozinho	1	-	-	1	-	-
Eusébio	3	-	-	3	-	-
Fortaleza	26	-	-	26	-	-
General Sampaio	-	1	-	-	1	-
Guaiúba	1	-	-	1	-	-
Guaramiranga	-	1	-	-	1	-
Horizonte	2	-	-	2	-	-
Itaitinga	1	-	-	1	-	-
Itapagé	3	-	-	2	-	-
Itapipoca	3	-	-	3	-	-
Itapiúna	1	-	-	1	-	-
Maracanaú	7	-	-	7	-	-
Maranguape	4	-	-	4	-	-
Miraíma	-	1	-	-	1	-
Mulungu	-	1	-	-	1	-
Ocara	1	-	-	1	-	-
Pacajus	2	-	-	2	-	-
Pacatuba	2	-	-	2	-	-
Pacoti	-	-	-	-	-	-
Palmácia	-	1	-	-	1	-
Paracuru	2	-	-	2	-	-
Paraipaba	1	-	-	1	-	-
Pentecoste	2	-	-	2	-	-

Pindoretama	1	-	-	1	-	-
Redenção	2	-	-	2	-	-
São Gonçalo do Amarante	2	-	-	2	-	-
São Luís do Curu	1	-	-	1	-	-
Tejuçuoca	1	-	-	1	-	-
Trairi	3	-	-	3	-	-
Tururu	1	-	-	1	-	-
Umirim	1	-	-	1	-	-
Uruburetama	1	-	-	1	-	-

Fonte: Nota Técnica DESF- dezembro/2019.

Dos 44 municípios da Região de Saúde de Fortaleza, 43 possuem Equipes NASF-AB, sendo que 38 municípios têm Equipes de NASF-AB na Modalidade I e 5 municípios com NASF-AB na Modalidade II.

Atenção Secundária

No âmbito da Atenção Secundária, a região de saúde está organizada por serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade, Centro de Especialidades Odontológicas-CEOs, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS TIPO (I, II, AD e AD III), Atenção Domiciliar - SAD, Policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento- UPAS.

A rede hospitalar é composta pelos Hospitais Pólo, Estratégicos e Hospitais de Pequeno Porte (HPP). Os Hospitais Polo são serviços de referência para a Região e estão situados nos municípios de Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Maranguape, Baturité, Aracoiaba, Itapipoca e Cascavel.

Quadro 20 - - Demonstrativo dos Hospitais Polo e seu perfil assistencial na Região de Saúde de Fortaleza

Município	Hospital	Perfil assistencial
Aracoiaba	Hospital e Maternidade Santa Isabel	Clínica Médica e Cirurgia Geral
Baturité	Hospital José Pinto do Carmo	Gineco-Obstetrícia e Pediatria
Cascavel	Hospital Nossa senhora das Graças	Gineco-Obstetrícia e Pediatria
Caucaia	Hospital Municipal Abelardo Gadelha da Rocha	Clínica Médica, Pediatria e Cirurgia Geral
Caucaia	Hospital e Maternidade Santa	Clínica Obstétrica e Pediatria

	Teresinha	
Fortaleza	Instituto Dr. José Frota (IJF)	Traumato-Ortopedia, Neurocirurgia e Atendimento a Queimados.
Fortaleza	Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)	Gineco-obstetricia e Neonatologia
Itapipoca	Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia e Pediatria
Maracanaú	Hospital Dr. João Elísio de Holanda	Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia.
Maranguape	Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbert	Clinica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia e Pediatria

Na região de saúde pode-se observar a presença de Hospitais Polos em 100% das ADS, sendo dimensionados em oito municípios da região, apresentando dentre seu perfil assistência Clínica Médica, Cirúrgica, Obstétrica, pediátrica, Urgência e Emergência, UTI Adulto, Pediátrica, Traumato-Ortopedia, Neurocirurgia e Atendimento a Queimados.

Quadro 21 - Demonstrativo dos Hospitais de Pequeno Porte - HPP e Estratégicos na Região de Saúde Fortaleza

Município	**Hospital Pequeno Porte-HPP**	**Hospital Estratégico**
Aquiraz	-	Hospital Geral Manuel Assunção Pires
Beberibe	-	Hospital Municipal de Beberibe
Eusébio	-	Hospital Municipal Dr. Amadeu Sá
Horizonte	-	Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa
Fortaleza	-	Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza
Fortaleza	-	Hospital Cura D'Ars
Fortaleza	-	Hospital São Vicente de Paulo
Fortaleza	-	Sociedade de Assistência e Proteção à

		infância de Fortaleza - SOPAI – Hospital Infantil
Redenção	-	Hospital e Maternidade Paulo Sarasate
Apuiarés	Hospital São Sebastião	-
Cascavel	Hospital Nossa Senhora das Graças	-
Chorozinho	Hospital Municipal de Chorozinho	-
Ocara	Unidade Mista Fcº Raimundo Marcos	-
Pindoretama	Hospital Centro de Parto Normal	-
General Sampaio	Hospital Maternidade Júlia Jorge	-
São Luiz do Curu	Hospital Municipal Antº Ribeiro da Silva	-
Paraipaba	Hospital Municipal de Paraipaba	-
Tejuçuoca	Hospital de Pequeno Porte Roque Silva Mota	-
Guaiuba	Hospital Mun. Dom Aluízio Lorscheider	-
Barreira	Hospital de Barreira	-
Palmácia	Unidade Mista de Saúde Virgínia Rodrigues Simplício	-
Aratuba	Hospital Padre Dionísio	-
Capistrano	Hospital Maternidade N.S. De Nazaré	-
Guaramiranga	Hospital Municipal de Guaramiranga	-
Itapiúna	Hosp. Mat.Prof. Waldemar Alcântara	-
Mulungu	Hospital Mat. Waldemar Alcântara	-
Tururu	Hospital Municipal Waldemar de Alcântara	-
Umirim	Hospital Municipal Carlos Gualberto de Sales	-

Uruburetama	Hospital Municipal Antº Nery Filho	-

Como apresentando no quadro acima 100% das ADS apresentam Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e Hospitais Estratégicos (HE). Há na Região de Saúde (SRFOR) um quantitativo de 20 (vinte) serviços hospitalares classificados como Hospitais de Pequeno Porte- HPP e 9 (nove) hospitais classificados como estratégicos. Os HPPs estão situados nos municípios de Chorozinho, Ocara, Pindoretama, Apuiarés, General Sampaio, São Luiz do Curu, Paraipaba, Tejuçuoca, Guaiuba, Barreira, Palmácia, Aratuba, Capistrano, Guaramiranga, Itapiúna, Cascavel, Mulungu, Tururu, Umirim e Uruburetama e os Hospitais Estratégicos estão situados nos municípios de Fortaleza, Aquiraz, Eusébio, Redenção, Beberibe, Horizonte. Esses têm a responsabilidade de prestar assistência 24 horas com as clínicas básicas e os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Quadro 22 - - Demonstrativo das Policlínicas segundo a tipologia e suas especialidades na Região de Saúde de Fortaleza.

Município	**Policlínica**	**Tipologia**
Baturité	**Dr. Clóvis Amora Vasconcelos**	I
Caucaia	Dr. José Correia Sales	II
Itapipoca	Dr. Francisco Pinheiros Alves	I
Pacajus	Dra. Márcia Moreira de Menezes	I

A região disponibiliza em sua área territorial de quatro policlínicas localizadas nos municípios de Baturité, Caucaia, Itapipoca e Pacajus, sendo classificadas com as tipologias em I e II. Ressalva que as quatro policlínicas localizadas no município de Fortaleza são de gestão municipal.

Quadro 23 - - Demonstrativo dos CEOs segundo a Tipologia na Região de Saúde Fortaleza

Município	**Tipo de CEO**
Baturité	III
Caucaia	III
Cascavel	III

Itapipoca	III
Maracanaú	III
São Gonçalo do Amarante	III
Fortaleza	I (03unid.) II (03unid.)

Como apresentando no quadro acima 100% das ADS disponibilizam do dispositivo CEO em seu território de cuidado odontológico, sendo o serviço distribuído em 07 municípios, o município de Fortaleza conta com 06 unidades. Os serviços possuem variação quanto a tipologia (I a III).

Quadro 24 - – Demonstrativo dos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, segundo tipologia e status na Região de Saúde de Fortaleza.

Município	**Tipologia**	**Status**
Aquiraz	CAPS I	Mantida
	CAPS AD	Mantida
Aracoiaba	CAPS I	Mantida
Barreira	CAPS I	Mantida
Capistrano	CAPS I	Mantida
Cascavel	CAPS II	Mantida
Caucaia	CAPS AD	Mantida
	CAPS II	Mantida
	CAPS Infanto/Juvenil	Mantida
Eusébio	CAPS AD	Mantida
	CAPS I	Mantida
FORTALEZA	02 CAPS AD 24 HS	Mantida
	04 CAPS I	Mantida
	05 CAPS AD	Mantida
	02 CAPS Infantil	Mantida
	02 CAPS II	Mantida
Guaiuba	CAPS I	Mantida
Horizonte	CAPS AD	Mantida
	CAPS I	Mantida

Itaitinga	CAPS I	Mantida
Itapage	CAPS I	Mantida
Itapipoca	CAPS II	Mantida
Itapiuna	CAPS I	Mantida
Maracanaú	CAPS AD	Mantida
	CAPS II	Mantida
	CAPS Infanto/Juvenil	Mantida
Maranguape	CAPS AD	Mantida
	CAPS II	Mantida
	CAPS Infanto/Juvenil	Mantida
Ocara	CAPS I	Mantida
Pacajus	CAPS I	Mantida
Pacatuba	CAPS II	Mantida
	CAPS Infanto/Juvenil	Mantida
Pacoti	CAPS I	Mantida
Paraipaba	CAPS AD	Mantida
	CAPS I	Mantida
Pentecoste	CAPS I	Mantida
Redenção	CAPS I	Mantida
São Gonçalo do Amarante	CAPS II	Mantida
Trairi	CAPS I	Mantida
Umirim	CAPS I	Mantida
Uruburetama	CAPS I	Mantida

No que concerne a serviço da Rede de Atenção Psicossocial a região do Cariri apresenta 54 CAPS em seu território de cuidar, sendo 28 CAPS I, 08 CAPS II, 13 CAPS AD (sendo dois 24hrs), 06 CAPS i.

Hospitais da Rede SESA

Em Fortaleza, são dois de nível secundário, com atendimento especializado e de média complexidade: Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar (HMJMA) e Hospital Geral Dr.

Waldemar Alcântara (HGWA), e sete a nível terciário, que atendem casos de alta complexidade. São eles: Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), Hospital Infantil Albert Sabin (Hias), Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), Hospital de Messejana Dr. Alberto Studart Gomes (HM), Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSMM) e Hospital Leonardo Da Vinci (HLV).

2ª REGIÃO DE SAÚDE DE SOBRAL

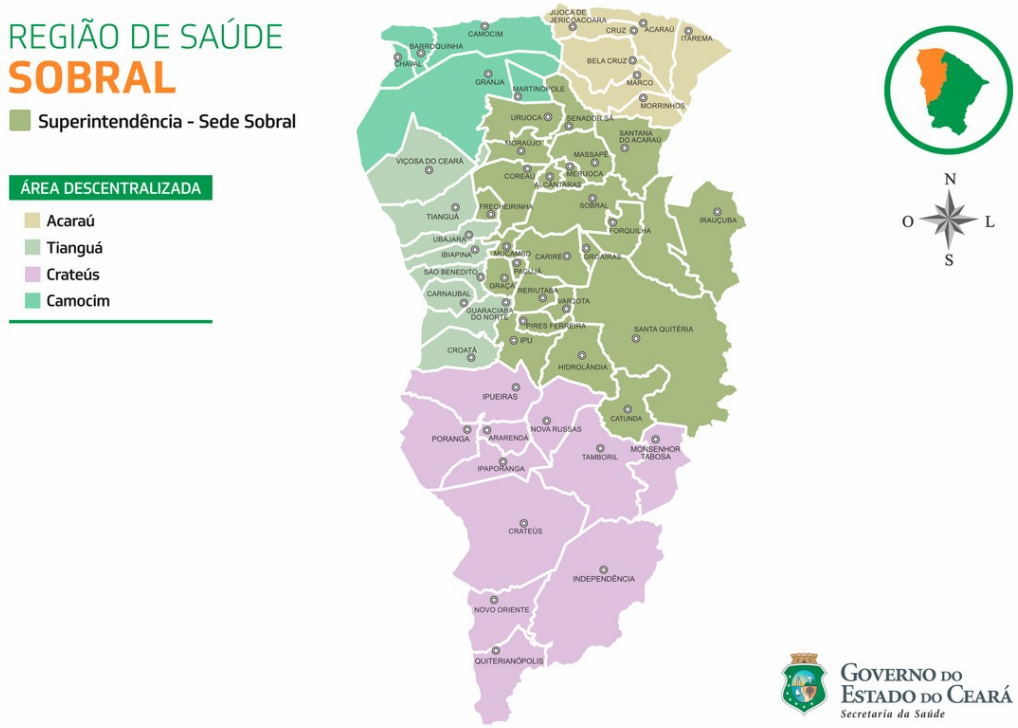


Figura 5 – Mapa da Região de Sobral

Regiões	Populações	Total municípios	Nº de representantes do Estado	Nº de representantes dos municípios	Total
5 ª Região de Saúde **SOBRAL** **SEDE: SOBRAL**	547.606.606	20	05 membros 01 Superintendente Regional 04 Coordenadores Regionais (Acaraú, Camocim, Crateús e Tianguá)	55 membros 06 Gestores de município polo regional 12 Gestores de município médio porte 37 Gestores de município pequeno porte	60
Municípios de Grande Porte (01): **Sobral**					
Municípios de Médio Porte (17): **Ipu**, Massapê, Santa Quitéria , Santana do Acaraú, **Acaraú**, Bela Cruz, Itarema, **Tianguá,** Guaraciaba do Norte, São Benedito, Ubajara, Viçosa do Ceará, **Crateús**, Ipueiras ,Nova Russas, **Camocim** e Granja.					
Municípios de Pequeno Porte (37): Alcântaras, Cariré,Catunda, Coreaú, Forquilha,Frecheirinha, Graça,Groaíras, Hidrolândia, Irauçuba, Meruoca, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Pires Ferreira, Reriutaba, Senador Sá, Uruoca,Varjota, Cruz, Jijoca de Jericoacoara, Marco, Morrinhos, Carnaubal, Croatá, Ibiapina, Ararendá,Independência, Ipaporanga, Monsenhor Tabosa, Novo Oriente, Poranga, Quiterianópolis, Tamboril, Barroquinha, Chaval, e Martinópole.					

Organização dos Serviços de Saúde

A Região Norte de Saúde tem uma população de 1.659.197 habitantes. Organiza sua rede de atenção tendo a Atenção Primária como centro desta rede e ordenadora do cuidado, sendo a porta de entrada do sistema de saúde. A partir desse primeiro atendimento, o cidadão é encaminhado para outros serviços da rede de atenção às saúdes disponíveis na região, tais como clínicas especializadas, Policlínica, CEOS e hospitais, que são da atenção secundária e terciária.

As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Na Região de Saúde Norte, a organização dos Serviços de Saúde se dá pela estruturação da Atenção Primária à Saúde - APS, como 1º nível de atenção, por meio das Equipes de Atenção Básica e Equipes de Saúde da Família, Equipe de Saúde bucal, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) e Equipe de Atenção Domiciliar.

Quadro 25 - -Cobertura de Atenção Básica e de Estratégia Saúde da Família por município na 2ª Região Norte

Municípios	Teto	Implantadas		Teto	Implantadas
	ESF/SB	ESF	SB	ACS	ACS
Acaraú	62	27	18	154	130
Alcântaras	12	6	5	28	28
Ararendá	10	5	5	27	35
Barroquinha	14	7	7	37	41
Bela Cruz	32	9	6	81	77
Camocim	62	18	11	157	108
Cariré	18	7	9	47	36
Carnaubal	18	8	8	44	32
Catunda	10	5	5	26	25
Chaval	12	7	6	32	37
Coreaú	24	11	7	58	62
Crateús	74	18	17	186	113
Croatá	18	7	7	45	36
Cruz	24	0	9	60	56
Forquilha	24	9	7	60	52
Frecheirinha	14	7	6	34	38
Graça	16	5	4	38	30

Granja	54	18	13	135	125
Groaíras	10	2	3	27	20
Guaraciaba do Norte	40	14	9	98	100
Hidrolândia	20	6	6	50	51
Ibiapina	24	12	10	62	60
Independência	26	10	10	65	72
Ipaporanga	12	5	3	29	29
Ipu	42	15	15	104	91
Ipueiras	38	13	11	95	105
Irauçuba	24	11	9	59	64
Itarema	40	13	10	102	97
Jijoca de Jericoacoara	20	7	7	48	52
Marco	26	8	6	67	66
Martinópole	10	5	5	27	26
Massapê	38	12	5	95	78
Meruoca	14	6	7	37	35
Monsenhor Tabosa	18	6	6	43	43
Moraújo	8	4	3	21	25
Morrinhos	22	6	5	55	46
Mucambo	14	6	5	36	40
Nova Russas	32	11	10	80	80
Novo Oriente	28	12	5	71	67
Pacujá	6	3	1	15	15
Pires Ferreira	10	4	3	27	22
Poranga	12	5	1	31	36
Quiterianópolis	20	6	4	52	36
Reriutaba	18	6	3	47	25
Santa Quitéria	44	8	11	108	72
Santana do Acaraú	32	9	9	80	52
São Benedito	46	13	13	116	66
Senador Sá	8	3	1	19	13
Sobral	204	69	49	509	393
Tamboril	26	12	10	64	52
Tianguá	74	26	16	185	139
Ubajara	34	16	10	85	58
Uruoca	14	7	7	34	33
Varjota	18	7	6	45	41
Viçosa do Ceará	60	18	14	149	95

Os dados acima apontam uma grande diferença entre o teto e a implantação das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, demonstrando fragilidade e necessidade de avançar na implantação dessas coberturas. O aumento do número dessas equipes contribuirá para o acesso às

ações e serviços de saúde do usuário do Sistema Único de Saúde SUS.

Núcleos Ampliados de Saúde da Família – NASF – AB

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB) são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua-eCR, equipes ribeirinhas- ESFR e fluviais- eSFF) e com o Programa Academia da Saúde. Os NASF-AB têm como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações.

Apresentamos a seguir a situação de implantação dos NASF-AB nos municípios da área de abrangência da Região Norte, dezembro 2019.

Quadro 26 - - Número de Núcleo Ampliado de Saúde da Família, segundo tipologia, na 2ª Região de Saúde Norte, dezembro 2019.

Municípios	CREDENCIADO			IMPLANTADO		
	I	II	III	I	II	III
Acaraú	4	-	-	4	-	-
Alcântaras	-	1	-	-	1	-
Ararendá	-	1	-	-	1	-
Barroquinha	1	-	-	1	-	-
Bela Cruz	1	-	-	1	-	-
Camocim	1	-	-	1	-	-
Cariré	1	-	-	1	-	-
Carnaubal	1	-	-	1	-	-
Catunda	-	1	-		1	-
Chaval	1	-	-	1	-	-
Coreaú	1	-	-	1	-	-
Crateús	2	-	-	2	-	-
Croatá	1	-	-	1	-	-
Cruz	2	-	-	2	-	-
Forquilha	1	-	-	1	-	-
Frecheirinha	-	1	-	-	1	-
Graça	1	-	-	1	-	-
Granja	2	-	-	2	-	-
Groaíras	1	-	-	1	-	-
Guaraciaba do Norte	1	-	-	1	-	-
Hidrolândia	1	-	-	1	-	-
Ibiapina	2	-	-	2	-	-
Independência	1	-	-	1	-	-

Ipaporanga	-	1	-	-	1	-
Ipu	2	-	-	2	-	-
Ipueiras	1	-	-	1	-	-
Irauçuba	1	-	-	1	-	-
Itarema	2	-	-	2	-	-
Jijoca de Jericoacoara	1	-	-	1	-	-
Marco	1	-	-		-	-
Martinópole	-	1	-	1	-	-
Massapê	1	-	-		-	-
Meruoca	-	1	-	1	-	-
Monsenhor Tabosa	1	-	-		-	-
Moraújo	-	1	-	1	-	-
Morrinhos	-	1	-	1	-	-
Mucambo	-	-	-	-	-	-
Nova Russas	-	1	-	-	1	-
Novo Oriente	1		-	1		-
Pacujá	-	1	-	-	1	-
Pires Ferreira	-	1	-	-	1	-
Poranga	-	1	-	-	1	-
Quiterianópolis	1	-	-	1	-	-
Reriutaba	1	-	-	1	-	-
Santa Quitéria	1	-	-	1	-	-
Santana do Acaraú	2	-	-	2	-	-
São Benedito	2	-	-	2	-	-
Senador Sá	-	1	-	-	1	-
Sobral	6	-	-	6	-	-
Tamboril	1	-	-	1	-	-
Tianguá	2	-	-	2	-	-
Ubajara	1	-	-	1	-	-
Uruoca	1	-	-	1	-	-
Varjota	1	-	-	1	-	-
Viçosa do Ceará	2	-	-	2	-	-

Fonte: Nota Técnica DESF- dezembro/2019.

Ressalte-se que o parâmetro de teto do NASF é calculado a partir do número de eSF credenciadas. Os NASF podem ser organizados em três modalidades definidas de acordo com o número de eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF) e recebem os seguintes incentivos: NASF 1 (5 a 9 eSF e/ou eAB) - R$ 20.000,00 (vinte mil reais); NASF 2 (3 a 4 eSF e/ou eAB) - R$ 12.000,00 (doze mil reais); NASF 3 (1 a 2 eSF e/ou eAB) - R$ 8.000,00 (oito mil reais).

Dos 55 municípios da Região de Saúde Norte 54 possuem Equipes NASF-AB, representando 98%, sendo que 40 municípios têm Equipes de NASF-AB na Modalidade I

implantadas e 14 municípios com NASF-AB na Modalidade II implantadas.

A Atenção Secundária e terciaria, está organizada na Região de Saúde por meio de clínicas especializadas, Policlínica, CEOS e hospitais. No que se refere aos Hospitais e conforme Resolução Nº 58/2019 a macrorregião tem cinco (05) hospitais polo, 04 Hospitais Estratégicos, 16 Hospitais de Pequeno Porte e 01 Hospital Estadual.

Quadro 27 - -Demonstrativo dos Hospitais Polo e seu perfil assistencial na 2ª Região Norte.

Município	Hospital	Perfil assistencial
Acaraú	Hospital Maternidade Dr Moura Ferreira	Ginecologia, Obstetrícia e Clínica Pediátrica.
Camocim	Hospital Murilo Aguiar	Clínica Cirúrgica, Ginecologia – Obstetrícia, Clínica Médica e Clínica Pediátrica.
Crateús	Hospital São Lucas	
Tianguá	Hospital Madalena Nunes	Clínica Cirúrgica, Ginecologia – Obstetrícia, Traumatologia, Ortopedia, Clínica Médica e Clínica Pediátrica.
Sobral	Santa Casa de Misericórdia	

Fonte: CNES/Datasus.

O quadro acima demonstra todos os Hospitais Polo existentes na Região de Saúde com seu perfil assistencial. O município de Camocim, Crateús, Tianguá e Sobral apresentam 1 (um) hospital e que atendem as clínicas médica, pediátrica obstétrica, cirúrgica, traumatologia, ortopedia e ginecologia.

Há na Região de Saúde um quantitativo de 16 (dezesseis) serviços hospitalares classificados como Hospitais de Pequeno Porte - HPP e 4 (quatro) hospitais classificados como estratégicos. Os HPPs estão situados nos municípios de Barroquinha, Carnaubal, Catunda, Coreaú, Frecheirinha, Groaíras, Hidrolandia, Independência, Irauçuba. Martinopole, Meruoca, Moraújo, Morrinhos, Reriutaba, Uruoca e Varjota e os Hospitais Estratégicos estão situados nos municípios de Ipu, Mucambo, Santa Quiteria e Tamboril.

Quadro 28 - - Demonstrativo dos Hospitais de Pequeno Porte- HPP e Estratégicos na 2ª Região Norte.

Município	Hospital de Pequeno Porte – HPP	Hospital Estratégico
Barroquinha	Unidade Mista de Saúde de Barroquinha	-
Carnaubal	Unidade Mista Nossa Senhora Auxiliadora	-
Catunda	Hospital Geral de Catunda	-
Coreaú	Hospital Fernandes Teles Camilo	-
Frecheirinha	Hospital Maternidade Menino Jesus Pragas	-

Groaíras	Hospital Maternidade Joaquim Guimarães	-
Hidrolândia	Hospital Maternidade Dr. Luiz G. Fonseca Mota	-
Independência	Hospital Coronel João Nunes Coutinho	-
Ipu	-	Hospital Municipal Dr Evangelista
Irauçuba	Unidade mista de Saúde de Irauçuba	-
Martinópole	Hospital Imaculado Conceição	-
Meruoca	Hospital Chagas Barreto	-
Moraújo	Unidade Mista de Saúde de Moraújo	-
Morrinhos	Unidade Mista de Morrinhos	-
Mucambo	-	Hospital Municipal Senador Carlos Jereisati
Reriutaba	Hospital Municipal Rita do Vale Rêgo	-
Santa Quitéria	-	Hospital Municipal de Santa Quitéria
Tamboril	-	Hospital Municipal Raimunda Timbó Camelo
Uruoca	Unidade Mista de Saúde de Uruoca	-
Varjota	Unidade de Obstetrícia de Varjota	-

Fonte: CNES.

O quadro acima apresenta os municípios e seus Hospitais de Pequeno Porte e os Hospitais Estratégicos da 2ª Região de Saúde Norte. Esses têm a responsabilidade de prestar assistência 24 horas com as clínicas básicas e os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

A Região de Saúde conta com serviços ambulatoriais especializados através das Policlínicas situadas nos municípios de Acaraú, Camocim, Crateús, Sobral e Tianguá. O quadro abaixo demonstra o tipo e as especialidades ofertadas por esses equipamentos.

Quadro 29 - - Demonstrativo das Policlínicas segundo a tipologia e suas especialidades na 2ª Região de Saúde Norte

Município	Policlínica	Tipologia	Especialidade
Acaraú	Policlínica Dr Plácido Marinho		
Camocim	Policlínica Coronel Libório	I	Cirurgia Geral, cardiologia, ginecologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, urologia, neurologia, pediatria, dermatologia, nutrição, psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional.
Crateús	Policlínica Raimundo Soares Rezende		
Sobral	Policlínica Dr Bernardo Félix da Silva		Angiologia, dermatologia, endocrinologia, obstetrícia, ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, reumatologia, Ortopedia, urologia, pediatria, mastologia, dermatologia, nutrição, fisioterapia e psicologia.

Tianguá	Policlínica Edvaldo Coelho Moita	II	Clínica Geral, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia, ginecologia, Obstetrícia, mastologia, urologia, gastroenterologista, traumato – ortopedia, endocrinologia, pediatria, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional.

Fonte: CNES .

Os Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, estão organizados na Região e dão suporte à população no atendimento especializado de saúde bucal. Há 4 (quatro) equipamentos na região que são os CEOs tipo III localizados nos municípios de Acaraú, Crateús, Sobral e Ubajara. 3 CEOs tipo I nos municípios de Camocim, Massapé e Tamboril e 1 Ceo tipo II localizado no município de Crateús. Há oferta de algumas especialidades as quais destacamos: Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, Periodontia especializada, Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros Endodontia, Atendimento a portadores de necessidades especiais, Ortodontia, Prótese dentária, Tratamento de disfunção têmporo mandibular e Radiologia (RX periapical, interproximal, oclusal e panorâmica).

Quadro 30 - – Demonstrativo dos CEOs segundo a Tipologia e Forma de repasse na 2ª Região de Saúde Norte

Município	Tipo de CEO	Forma de Repasse
Acaraú	III	Estadual
Camocim	I	Municipal
Crateús	II	Municipal
	III	Estadual
Massapé	I	Municipal
Sobral	III	Estadual
Tamboril	I	Municipal
Ubajara	III	Estadual

Quadro 31 - – Demonstrativo dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, segundo tipologia na 2ª Região de Saúde Norte, ano 2020.

Município	Tipologia
Acaraú	CAPS II
Bela Cruz	CAPS I
Camocim	CAPS AD III; CAPS II
Cariré	CAPS I
Carnaubal	CAPS I
Coreaú	CAPS I
Crateús	CAPS I
Croatá	CAPS I

Cruz	CAPS I
Forquilha	CAPS I
Graça	CAPS I
Granja	CAPS II
Guaraciaba do Norte	CAPS I
Hidrolandia	CAPS I
Ibiapina	CAPS I
Ipu	CAPS AD II; CAPS II
Ipueiras	CAPS I
Irauçuba	CAPS I
Itarema	CAPS II
Marco	CAPS II
Monsenhor Tabosa	CAPS I
Novas Russas	CAPS I
Novo Oriente	CAPS I
Santa Quiteria	CAPS I
Santana do Acaraú	CAPS I
São Benedito	CAPS I
Sobral	CAPS AD II; CAPS II
Tamboril	CAPS II
Tianguá	CAPS II
Ubajara	CAPS I
Varjota	CAPS I
Viçosa do Ceará	CAPS I

No quadro acima percebemos que há um número considerável de CAPS na Região de Saúde. Esses equipamentos contribuem para melhorar o acesso da população à atenção especializada no tocante a atenção psicossocial.

Hospital Regional

O HRN é o maior hospital do interior da Região Nordeste, com mais de 54 mil m² quadrados de área construída, sendo responsável por atender uma população estimada em 1,6 milhão de pessoas, dos 55 municípios integrantes da macrorregião Norte do Estado.

Terciário (atende casos de média e alta complexidade). Conta com atendimento 24h em urgência e emergência). É referência em pediatria, cirurgias torácicas, cirurgias vasculares e otorrinolaringologia.

Apresenta como serviços primários Ambulatório, Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Emergência Adulto, Emergência Pediátrica, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica, Neurocirurgia, Neurorradiologia, Unidade de Terapia Instensiva (UTI) – Adulto, Unidade de Terapia Instensiva (UTI) – Pediátrica, Neonatologia, Unidade de Terapia Instensiva (UTI) – Neo, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) – Neo e Mãe Canguru; como serviços de apoio a

assistência Agência Transfusional, Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), Central de Material, Núcleo Assistência Farmacêutica, Núcleo de Nutrição e Dietética, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Laboratório de Análises Clínicas, Serviço de Imagem, Serviço Social e Centro de Assistência a Saúde Reprodutiva da Mulher (CASRM).

3ª REGIÃO DE SAÚDE DE CARIRI

Organização dos Serviços de Saúde

A Região de Saúde do Cariri é composta por 05 (cinco) Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS) **Brejo Santo, Crato, Icó, Iguatu, e Juazeiro do Norte** totalizando quarenta e cinco (45) municípios com uma população de 1.485.059 habitantes (IBGE, 2019). Limita-se com o Estado do Pernambuco, Paraíba e Piauí.

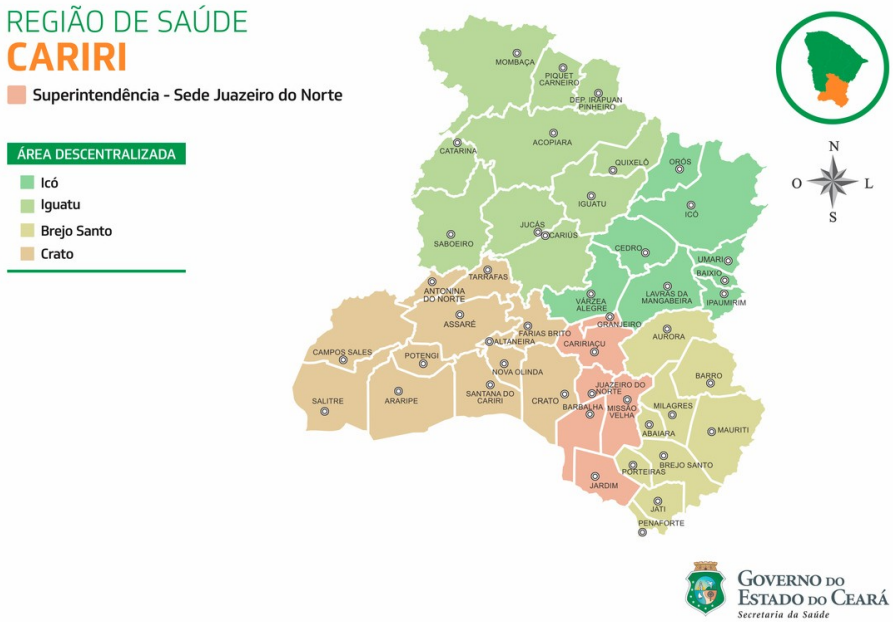


Figura 6 – Mapa da Região de Cariri

Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS): 5 (cinco)				
Brejo Santo	**Crato**	**Icó**	**Iguatu**	**Juazeiro do Norte**
9 municípios	13 municípios	7 municípios	10 municípios	6 municípios
Total de Municípios: 45				
Municípios de Grande Porte (03): Crato, Juazeiro do Norte e Iguatu.				

Municípios de Médio Porte (09): Várzea Alegre, Barbalha, Missão Velha, Acopiara, Mombaça, Lavras da Mangabeira, Icó, Brejo Santo e Mauriti.
Municípios de Pequeno Porte (33): Abaiara, Aurora, Barro, Jati, Milagres, Penaforte, Porteiras, Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Campos Sales, Farias Brito, Nova Olinda, Potengi, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas, Caririaçu, Granjeiro, Jardim, Cariús, Catarina, Deputado Irapuan Pinheiro, Jucás, Piquet Carneiro, Quixelô, Saboeiro, Baixio, Cedro, Ipaumirim, Orós e Umari**.**

ADS DE SAÚDE DE ICÓ é formada pelos municípios Icó, Baixio, Ipaumirim, Orós, Umirim, Cedro e Lavras da Mangabeira. Com uma população de 172.994 habitantes (IBGE, 2019). A região está situada na mesorregião Centro-Sul do estado do Ceará, no Vale do Rio Salgado com área total de 4.806 km². A cobertura vegetal predominante na região é formada pela caatinga arbustiva densa, sendo que em Baixio, Ipaumirim e Umari aparece a caatinga arbórea. Existe ainda o Perímetro Irrigado Icó-Lima Campos, com mais de 4.260 hectares de área irrigada, com potencial que permite produções agrícolas diversificadas, além de pecuária bovina leiteira.

ADS de Iguatu, com uma população de 322.737 habitantes (IBGE, 2019), compreende os municípios de Iguatu, Acopiara, Jucás, Catarina, Mombaça, Quixelô, Deputado Irapuã Pinheiro, Saboeiro, Cariús, Piquet Carneiro, localiza-se na região central Centro Sul do Ceará. O município exerce papel pólo no comércio e serviços, oferecendo apoio para mais de 10 municípios da região onde se localiza. Sua economia é baseada na agricultura e pecuária (bovino, suíno e avícola, além de diversas olarias, sua base econômica mais antiga. Encontram-se, ainda, algumas indústrias tendo destaques as de ramo calçadista, moveleiro, alimentícia e de transformação de produtos à base de alumínio.

ADS de Brejo Santo compreende os seguintes municípios: Penaforte, Jati, Barro, Milagres, Mauriti, Porteiras, Abaiara e Aurora. A referida Área descentralizada localiza-se no Sul do Centro Sul do Ceará com uma população de 215.343 habitantes (IBGE, 2019) e limita-se com o Estado de Pernambuco e Paraíba. Tem na agropecuária uma das principais fontes econômicas, além da agricultura e serviços.

ADS de Crato é composta pelos municípios de Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Campos Sales, Crato, Farias Brito, Nova Olinda, Potengi, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas e Várzea Alegre. Formada por uma população de 306.968 habitantes (IBGE, 2019), Crato é o município de maior destaque, dadoàsua influência regional nos aspectos socioeconômicos, com 130.604 habitantes.

Crato e os demais municípios situam-se no Cariri cearense, conhecido por muitos como o "*Oásis do Sertão*" pelas características climáticas mais úmidas e favoráveis à agropecuária. Faz divisa com o Estado do Pernambuco e constitui-se numa cidade com expressiva importância

regional. Destaca-se na tradicional função de comercialização de produtos rurais, provenientes do desenvolvimento da agricultura no sopé dos vales irrigados da região do Cariri.

ADS de Juazeiro do Norte é formada por uma população de 426.592 habitantes (IBGE, 2019). Fazem parte desta região os municípios de Barbalha, Missão Velha, Granjeiro e Caririaçú e Jardim. É uma cidade polo de uma das regiões mais importantes do Ceará e com influência sobre uma população estimada em três milhões de habitantes. Juazeiro do Norte se consolidou como centro religioso e econômico. A pujança da economia está demonstrada no crescente Produto Interno Bruto- PIB (IBGE, 2019), de dois bilhões de reais. O município é considerado um dos maiores centros de religiosidade popular da América Latina, atraindo 1,5 milhões de fiéis por ano, os quais vêm reverenciar Nossa Senhora das Dores e Padre Cícero, que introduziu uma política de fé, amor e trabalho, tornando-se um mito para o povo nordestino.

O município de Juazeiro do Norte localiza-se na região sul do Estado do Ceará com forte influência sobre todo Sul do Ceará, e áreas dos estados de Pernambuco, Piauí, Paraíba e Rio Grande do Norte, sendo um importante centro de compras e serviços regionais. Todo este desenvolvimento resultou em uma grande integração com os municípios de Crato e Barbalha, que juntas formam a chamada conturbação intitulada "Triângulo Crajubar". É considerado o Pólo da Região Metropolitana do Cariri (RMC) conforme Lei Complementar º 078/2009.

Formam a RMC os municípios de Santana do Cariri, Farias Brito e Nova Olinda (ADS de Saúde de Crato) e os municípios de Juazeiro do Norte, Barbalha, Missão Velha, Caririaçu e Jardim (AD de Juazeiro do Norte).

Atenção Primária à Saúde – APS

Os serviços da APS são compostos pelas Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB).

A APS está organizada nos 45 municípios conforme a Estratégia Saúde da Família- ESF com uma estrutura regional formada por 522 Equipes da Estratégia Saúde da Família, 422 Equipes de Saúde Bucal, 3.060 Agentes Comunitários de Saúde e 77 Núcleos Ampliados de Saúde da Família, entre outros estabelecimentos de atenção à saúde.

Quadro 32 - - Cobertura de Atenção Básica e de Estratégia Saúde da Família por município na Região do Cariri, 2020.

ADS	Municípios	Teto	Implantadas		Teto	Implantadas
		ESF/SB	ESF	SB	ACS	ACS
	Baixio	3	3	3	16	15

Icó	Cedro	13	11	10	63	53
	Icó	34	20	7	168	140
	Ipaumirim	6	4	3	31	29
	Lavras da Mangabeira	16	9	7	78	78
	Orós	11	9	9	53	53
	Umari	4	3	3	19	19
Iguatu	Acopiara	27	19	14	136	119
	Cariús	9	9	5	47	53
	Catarina	10	2	7	52	12
	Dep. I. Pinheiro	5	5	5	24	27
	Iguatu	51	34	30	256	245
	Jucás	12	8	6	62	59
	Mombaça	22	17	11	109	108
	Piquet Carneiro	8	8	8	42	40
	Quixelô	8	7	7	40	45
	Saboeiro	8	8	6	40	49
Brejo Santo	Abaiara	6	5	5	29	23
	Aurora	12	12	8	61	66
	Barro	11	11	11	56	53
	Brejo Santo	24	20	20	121	111
	Jati	4	3	3	20	17
	Mauriti	23	20	12	116	104
	Milagres	14	13	12	71	71
	Penaforte	4	4	4	22	19
	Porteiras	7	7	7	37	44
Crato	Altaneira	4	3	1	19	17
	Antonina do Norte	4	2	2	18	17
	Araripe	11	8	2(M1) 5(M2)	53	55
	Assaré	12	10	6(M1)	58	57
	Campos Sales	14	9	3(M1),	68	57
	Crato	65	40	28(M1)	324	184
	Farias Brito	9	9	9(M1)	47	47
	Nova Olinda	8	7	4(M1), 2(M2)	38	36
	Potengi	5	4	3(M1)	27	23
	Salitre	8	6	2(M1), 4(M2)	41	35
	Santana Do Cariri	9	7	6(M1)	44	33
	Tarrafas	4	4	4(M1)	22	21
	Várzea Alegre	20	14	11	101	72
Juazeiro do Norte	Barbalha	30	26	25	148	121
	Caririaçu	13	13	13	67	66
	Granjeiro	2	2	2	11	12
	Jardim	14	12	10	68	76
	Juazeiro do Norte	134	58	43	671	371
	Missão Velha	18	17	14	88	108
	Região de Saúde	**736**	**522**	**422**	**3682**	**3060**

Fonte: e-GESTOR

Como pode-se observar no quadro supracitado a região de saúde do Cariri apresenta 522 equipes em funcionamento no território, sendo 422 de equipes de saúde bucal e com 3.060 agentes comunitários de saúde.

Núcleos Ampliados de Saúde da Família – NASF- AB

Os 42 municípios da Região de Saúde do Cariri possuem Equipes NASF-AB, sendo que 31 municípios têm Equipes de NASF-AB na Modalidade I, 9 municípios com NASF-AB na Modalidade II e 11 municípios com NASF-AB na Modalidade III.

Quadro 33 - – Número de Núcleo Ampliado de Saúde da Família, segundo tipologia, na Região do Cariri, 2020.

ADS	MUNICÍPIO	CREDENCIADO			IMPLANTADO		
		I	II	III	I	II	III
Icó	Baixio	0	1	0	0	1	0
	Cedro	1	0	0	1	0	0
	Icó	2	0	0	2	0	0
	Ipaumirim	0	1	0	0	2	0
	Orós	1	0	0	1	0	0
	Umari	0	1	0	0	1	0
	Lavras da Mangabeiras	0	0	0	0	0	0
Iguatu	Acopiara	1	0	0	1	0	1
	Cariús	1	0	0	1	0	1
	Catarina	1	0	0	1	0	1
	Dep. I. Pinheiro	1	0	0	1	0	1
	Iguatu	3	0	0	3	0	3
	Jucás	1	0	0	1	0	1
	Mombaça	2	0	0	2	0	2
	Piquet Carneiro	1	0	0	1	0	1
	Quixelô	1	0	0	1	0	1
	Saboeiro	0	1	0	0	1	0
	Abaiara	1	0	0	1	0	0
	Aurora	1	0	0	1	0	0
	Barro	1	0	0	1	0	0
	Brejo Santo	1	0	0	1	0	0

Brejo Santo	Jati	0	1	0	0	1	0
	Mauriti	3	0	0	3	0	0
	Milagres	1	0	0	1	0	0
	Penaforte	0	1	0	0	1	0
	Porteiras	1	0	0	1	0	0
Crato	Altaneira	0	1	0	0	1	0
	Antonina Do Norte	0	1	0	0	0	1
	Araripe	0	0	0	0	0	0
	Assaré	1	0	0	1	0	0
	Campos Sales	2	0	0	1	0	0
	Crato	3	0	0	3	0	0
	Farias Brito	1	0	0	1	0	0
	Nova Olinda	1	0	0	1	0	0
	Potengi	0	0	0	0	0	0
	Salitre	1	0	0	1	0	0
	Santana Do Cariri	1	0	0	0	1	0
	Tarrafas	0	1	0	0	1	0
	Várzea Alegre	1	0	0	1	0	0
Juazeiro do Norte	Barbalha	2	0	0	2	0	0
	Caririaçu	1	0	0	1	0	0
	Granjeiro	0	0	1	0	0	1
	Jardim	2	0	0	2	0	0
	Juazeiro do Norte	12	0	0	12	0	0
	Missão Velha	2	0	0	2	0	0
	Região de Saúde	55	09	01	53	10	14

Fonte: SCNES/e-GESTOR

Atenção Secundária

No âmbito da Atenção Secundária, a região de saúde está organizada por serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade, Centro de Especialidades Odontológicas-CEOs, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS TIPO (I, II, AD e AD III), Atenção Domiciliar - SAD, Policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento- UPAS.

Quadro 34 - - Demonstrativo dos Hospitais Polo e seu perfil assistencial na Região do Cariri, 2020.

ADS	Município	Hospital	Perfil assistencial

Icó	Icó	Hospital Prefeito José Walfrido Monteiro	Unidade de referência regional na média complexidade, atendendo as especialidades de: urgência e emergência, atendimento ambulatorial de nível secundário na clínicas médica, ortopedia, traumatologia, ginecologia e obstetrícia, pediatria e anestesiologia; Suporte de SADT: ultrassonografia, patologia clínica – hematologia, bioquímica, imunologia, Raio X, eletrocardiograma, cirurgias eletivas oftalmológicas e gerais; Internação com 56 leitos sendo: clínica médica 22 leitos, cirurgia geral 25 leitos, traumato-ortopedia 03, obstetrícia cirúrgica 01, pediatria cirúrgica 02, pediatria clínica 02, unidade de isolamento 01 e psiquiatria 02;
Iguatu	Iguatu	Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira/Hospital Regional	Porta de entrada da Rede de urgência e emergência 24he atenção às clínicas, médica, pediátrica, gineco-obstétricia, neonatologia, cirurgia geral, e traumato-ortopedia. Tem 120 leitos distribuídos nas seguintes áreas de atenção: 41 na clínica médica, 20 na cirúrgica, 29 na pediátrica, 10 de UTI, 20 na obstétrica. Conta ainda com 01 leito de psiquiatria,12 de isolamento e 06 de cuidados intermediários neonatal, e 01 Unidade de Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar 5PPP.
Brejo Santo	Brejo Santo	IMTAVI	Hospital de atendimento geral com as especialidades de clínica médica, cirurgia geral, traumatologia, obstetrícia, UTI, UCI neo, pediatria, urgência e emergência.
	Brejo Santo	INCRI	Hospital especializado em clínica pediátrica e urgência e emergência em pediatria.
Crato	Crato	Hospital e Maternidade São Francisco de Assis	Clínica Médica, Cirúrgica, Obstétrica, pediátrica, Urgência e Emergência, UTI Adulto, Pediátrica.
		Hospital São Raimundo	Clínica Médica, Cirúrgica, UTI Adulto, Urgência.
	Várzea Alegre	Hospital São Raimundo	Clínica Médica, Cirúrgica, Obstétrica, Pediátrica, Urgência.
Juazeiro do Norte	Barbalha	Hospital Maternidade São Vicente de Paulo	Clínica Médica, Pediátrica, Obstétrica e Cirúrgica.
		Hospital Maternidade Santo Antonio (HMSA)	Clínica Médica, Pediátrica, Obstétrica e Cirúrgica.
	Juazeiro do	Hospital Maternidade São Lucas	Clínica Médica, Pediátrica, Obstétrica e Cirúrgica.

	Norte	Hospital Regional Do Cariri	Clínica Médica e Cirúrgica.

Fonte: CNES

Na região de saúde pode-se observar a presença de Hospitais Polos em 100% das ADS, sendo dimensionados em oito municípios da região, apresentando dentre seu perfil assistência Clínica Médica, Cirúrgica, Obstétrica, pediátrica, Urgência e Emergência, UTI Adulto, Pediátrica.

Quadro 35 - - Demonstrativo dos Hospitais de Pequeno Porte- HPP e Estratégicos na Região do Cariri, 2020.

ADS	Município	Hospital Pequeno Porte- HPP	Hospital Estratégico
Icó	Cedro	-	Hospital e Maternidade Zulmira Sedrin de Aguiar
	Lavras da Mangabeira	-	Hospital São Vicente Ferrer
	Orós	-	Hospital e Maternidade LuziaTeodoro da Costa
	Umari	Hospital de Pequeno Porte de Umari Ecilda Barbosa Ribeiro	-
Iguatu	Acopiara	-	Hospital Municipal de Acopiara
	Catarina	Unidade Mista de Saúde de Catarina	-
	Deputado Irapuan Pinheiro	Hospital São Bernardo	-
	Iguatu	-	Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira/Hospital Regional
	Piquet Carneiro	Unidade Mista de Saúde de Piquet Carneiro	-
Brejo Santo	Aurora	-	Hospital Geral Ignez Andreazza
	Barro	Hospital Municipal Santo Antônio	-
	Milagres	-	Hospital Maternidade Madre Rosa Gattorno
	Penaforte	Hospital Municipal João Muniz	-
	Porteiras	Hospital Municipal Manoel Tavares Rosendo	-
	Nova Olinda	HPP Ana Alencar Alves	-
	Salitre	HPP São Francisco	-

Crato	Campos Sales	-	Hospital Municipal de Campos Sales
	Farias Brito	Hospital Geral de Farias Brito	-
	Araripe	Hospital Lia Loila de Alencar	-
	Altaneira	Hospital Municipal de Altaneira	-
	Antonina do Norte	Hospital Antônio Roseno de Matos	-
	Assaré	Hospital Municipal Nossa Senhora das Dores	-
	Potengi	Unidade Mista de Saúde de Potengi	-
	Santana do Cariri	Hospital Maternidade Senhora Santana	-
	Tarrafas	Hospital Municipal Nossa Senhora das Angústia	-
Juazeiro do Norte	Caririaçu	Hosp Matern Geraldo Lacerda Botelho	-
	Granjeiro	Hospital Municipal De Granjeiro	-
	Missão Velha	-	Hosp. Geral Da Soprafa

Fonte: CNES.

Como apresentando no quadro acima 100% das ADS apresentam Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e Hospitais Estratégicos (HE), sendo dimensionado em 19 municípios da região de saúde os HPP e em 9 municípios do HE.

Quadro 36 - - Demonstrativo das Policlínicas segundo a tipologia e suas especialidades na Região do Cariri, 2020.

Município	**Policlínica**	**Tipologia**	**Especialidade**
Iguatu	Policlínica Regional de Iguatu Dr. Manoel Carlos de Gouveia		Angiologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Enfermagem, Estomaterapia, Farmácia clínica, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Neurologia, Nutrição, Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psicologia, Proctologia, Urologia.

Icó	Policlínica de Icó Dr. Sebastião Limeira Guedes	Tipo I	Doze especialidades médicas: oftalmologia, otorrinolaringologia, clínica geral, cardiologia, ginecologia, mastologia, cirurgia geral, gastroenterologia, urologia, traumato-ortopedia, pediatria e dermatologia, além de atendimento em enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, farmácia, assistência social e ouvidoria. Exames especializados: mamografia, radiologia, ultrassonografia, endoscopia digestiva, ecocardiografia, ergometria, eletrocardiograma, colonoscopia, audiometria e coleta de patologia clínica, PAF da mama e próstata e biopsia; Exames laboratoriais e Núcleo de Estimulação Precoce.
Crato	**Policlínica Aderson Tavares Bezerra**	Tipo II	Especialidades médicas: Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Cardiologia, Neurologia, Neuropediatria, Angiologia, Endocrinologia. Exames: Ultrassonografia, Tomografia, Angiotomografia, Doppler venoso e arterial, MAPA, Eletrocardiograma, Parecer de risco cirúrgico. Outras especialidades: Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Pé diabético (estomatoterapia), Enfermagem, Farmacologia clínica.
Campos Sales	**Policlínica Barbara Pereira De Alencar**	Tipo I	Especialidades médicas: Clínica médica, Cirurgia geral, Obstetrícia, Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Dermatologia, Urologia, Mastologia, Pediatria, Psiquiatria, Cardiologia. Exames: Mamografia, Raio-x, Ultrassonografia, Eletrocardiograma, Audiometria, Endoscopia digestiva, Colposcopia, Parecer de risco cirúrgico. Outras especialidades: Fonoaudiologia, Terapia ocupacional, Psicologia, Fisioterapia, Pé diabético, Enfermagem, Núcleo de estimulação precoce, Framacologia clínica. Observação: realiza pequenas cirurgias.
Brejo Santo	Policlínica José Gilvan Leite Sampaio	Tipo I	Angiologia, Cardiologia, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia Ginecologia, Mastologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Serviço Social, Traumatologia, Urologia.

Barbalha	João Pereira dos Santos	Tipo II	Angiologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Enfermagem, Estomaterapia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia Ginecologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Nutrição, obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psicologia, Traumatologia, Urologia, NEP.

Fonte: Policlínicas da Região do Cariri.

A região disponibiliza em sua área territorial de seis policlínicas localizadas nos municípios de Iguatu, Icó, Crato, Campos Sales, Brejo Santo e Barbalha, sendo classificadas com as tipologias em I e II. Ressalva que a policlínica localizada em Campos Sales realiza pequena cirurgia em sua unidade.

Quadro 37 - – Demonstrativo dos CEOs segundo a Tipologia, RCPD e Forma de repasse na Região do Cariri, 2020.

ADS	**Município**	**Tipo de CEO**	**RCPD**	**Forma de repasse (estadual ou municipal)**
Icó	Icó	CEO Icó		Estadual/Federal
Iguatu	Iguatu	III		Estadual
Brejo Santo	Abaiara	I	-	Municipal
	Aurora	I		Municipal
	Brejo Santo	III	Credenciado	Municipal
		III	Credenciado	Estadual
	Jati	II	Credenciado	Municipal
	Mauriti	I	Credenciado	Municipal
	Milagres	I	Credenciado	Municipal
	Penaforte	II	Credenciado	Municipal
	Porteiras	I	Credenciado	Municipal
Crato	CRATO	II	Credenciado	Municipal
	CRATO - Estadual	III	Credenciado	Estadual
	SALITRE	I	Credenciado	Municipal
	FARIAS BRITO	I	Credenciado	Municipal
	NOVA OLINDA	I	Credenciado	Municipal
	Barbalha	II	-	Municipal

Juazeiro do Norte	Caririaçu	I	Credenciado	Municipal
	Granjeiro	I	Credenciado	Municipal
	Juazeiro do Norte	II	Credenciado	Municipal
		III	Credenciado	Estadual
	Missão Velha	I	Credenciado	Municipal

Como apresentando no quadro acima 100% das ADS disponibilizam do dispositivo CEO em seu território de cuidado odontológico, sendo o serviço distribuído em 19 municípios, o município do Crato apresenta duas unidades. Os serviços possuem variação quanto a tipologia (I a III) e forma de repasse que pode ser Estadual, Municipal e Estadual/Federal.

Quadro 38 - – Demonstrativo dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, segundo tipologia e status na Região de Saúde do Cariri, 2020.

ADS	Município	Tipologia	Status
Icó	Baixio	CAPS I	Aguardando Portaria
	Cedro	CAPS I	Habilitado
	Icó	CAPS II, CAPS AD, CAPS i	Habilitado
	Lavras da Mangabeira	CAPS I	Habilitado
	Orós	CAPS I	Habilitado
Iguatu	Acopiara	CAPS I	Municipal
	Catarina	CAPS I	Municipal
	Iguatu	CAPS AD, CAPS III, CAPS i, UAI	Regional
	Jucás	CAPS I	Municipal
	Mombaça	CAPS I	Municipal
	Piquet Carneiro	CAPS I	Municipal
	Quixelô	CAPS I	Municipal
Brejo Santo	Aurora	CAPS I	Habilitado
	Barro	CAPS I	Não habilitado
	Brejo Santo	CAPS I	Habilitado
		CAPS AD	Habilitado
		CAPS i	Não habilitado
	Mauriti	CAPS II	Habilitado
		CAPS AD	Não habilitado
	Milagres	CAPS I	Habilitado

	Porteiras	CAPS I	Habilitado
Crato	ASSARÉ	CAPS I	Habilitado
	ARARIPE	CAPS I	Habilitado
	CRATO	CAPS III	Habilitado
		CAPS AD	Não habilitado pelo MS, mantido com recursos municipais.
	FARIAS BRITO	CAPS I	Habilitado
	VARZEA ALEGRE	CAPS I	Habilitado
Juazeiro do Norte	Barbalha	CAPS i	Habilitado
		CAPS AD	Habilitado
		CAPS III	Habilitado
	Caririaçu	CAPS I	Habilitado
	Jardim	CAPS I	Habilitado
	Juazeiro do Norte	CAPS i	Habilitado
		CAPS AD	Habilitado
		CAPS III	Habilitado
	Missão Velha	CAPS I	Habilitado

No que concerne a serviço da Rede de Atenção Psicossocial a região do Cariri apresenta 40 CAPS em seu território de cuidar, sendo 22 CAPS I, 02 CAPS II, 04 CAPS III, 07 CAPS AD, 05 CAPS i e 01 UAI.

Serviço de Atenção Domiciliar- SAD

Quadro 39 - – Situação das equipes de atenção domiciliar- SAD na Região de Saúde do Cariri, 2020.

ADS	Município	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD		Composição da Equipe EMAD	Equipe Multipro fissional de Apoio – EMAP	Composição da Equipe EMAP	Localização Dias de funciona mento e Horário	Portaria de Habilitação
		Tipo I	Tipo II					
Icó	Orós		1	- Médico - 20h /s - Enfermeiro - 30h/s Fisioterapeuta - 30h/s - Auxiliares/ Técnicos de enfermagem - somatório de 120h/s	EMAP	- Fisioterapeuta - 30h/s - Nutricionista - 30h/s - Psicólogo - 30h/s	Localização: Praça Anastácio Maia, 40 Centro – Orós/CE Dias de funcionamento: Segunda a Domingo Horário: 07:00h as 19:00h	3.528 17/12/2020
Iguatu	Acopiara	AD1					Equipes de Atenção Básica/habitualmente, contínuo.	
	Cariús	AD1					Equipes de Atenção Básica/habitualmente, contínuo.	
	Catarina	AD1					Equipes de Atenção Básica/habitualmente, contínuo.	
	Deputado Irapuan Pinheiro	AD1					Equipes de Atenção Básica/habitualmente, contínuo.	
	Iguatu	AD1					Equipes de Atenção Básica/habitualmente,	Nº 2.430 de 10.09.2018

							contínuo.	(habilitou) Nº 739 de 29.04.2019 (desabilitou) EMAD e EMAP
	Jucás	AD1					Equipes de Atenção Básica/habitualmente, contínuo.	
	Mombaça	AD1					Equipes de Atenção Básica/habitualmente, contínuo.	
	Piquet Carneiro	AD1					Equipes de Atenção Básica/habitualmente, contínuo.	
	Quixelô	AD1					Equipes de Atenção Básica/habitualmente, contínuo.	
	Saboeiro	AD1					Equipes de Atenção Básica/habitualmente, contínuo.	
Brejo Santo	Aurora	**01**		02 Médicos, 02 Fisioterapeuta, 01 Enfermeiro, 03 Téc. de Enfermagem	-	-	ESF do Araça 2 Diariamente Segunda a sexta de 8h ás 12h e de 13h ás 17h	Portaria Nº 825 de 24/04/2016
	Mauriti	**01**		02 Médicos, 02 Fisioterapeuta, 01 Enfermeiro, 03 Téc. de Enfermagem	I	01Fisioterapeuta Geral, 01Assistente Social e 01Nutricionista.	Rua José Dedou,S/N. Segunda a sexta de 8h ás 12h e de 13h ás 17h	Portaria Nº 834, de 19 de Julho de 2013

Crato	Crato	**01**		Enfermeiro Técnico de enfermagem Médico Fisioterapeuta		Assistente Social Fisioterapeuta Nutricionista Farmacêutico	Centro De Especialidades -Segunda a Sexta-feira – 7:30 as 17:30	PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016
Juazeiro do Norte	Barbalha	**1**	**0**	Tec. Enfermagem; Fisioterapeuta Médico; Enfermeira; Auxiliar de enfermagem;	-	-	Rua TRISTAO GONCALVES, S/N, BAIRRO ROSARIO. FUNCIONAMENTO – Segunda a sexta de 07:30 às 17:30	PORTARIA Nº 3.654, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2019
	Juazeiro do Norte	**3**	**0**	Médico, enfermeiro, fisioterapeuta e técnico de enfermagem	1	PSICOLÓGO, ASSISTENTE SOCIAL E NUTRICIONISTA	Segunda a sexta de 07:30 às 17:30	PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016

No que refere ao atendimento domiciliar a região do Cariri apresenta 16 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, presentes em 100% das ADS e 16 municípios da região.

Hospital Regional

Construído em Juazeiro do Norte, o Hospital Regional do Cariri foi o primeiro hospital público da rede estadual construído no interior do Ceará. Com 27.126,47 metros quadrados, o HRC tem 294 leitos. Desses, 174 são de enfermarias, 49 leitos na emergência, 28 no hospital-dia, 20 leitos na unidade de terapia intensiva adulto, 15 leitos na unidade de cuidados semi-intensivos, distribuídos em seis pavimentos. O HRC assiste uma população de 1,5 milhão de habitantes, dos 44 municípios da macrorregião do Cariri, formada pelas regiões de saúde de Juazeiro do Norte, Crato, Brejo Santo, Iguatu e Icó.

Apresenta como serviços primários ambulatório, Centro Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Emergência, Traumato Ortopedia, Unidade de Terapia Instensiva (UTI), Acidente Vascular Cerebral (AVC) – Agudo e Unidade de Cuidados Especiais (UCE) – Adulto; como serviços de apoio a assistência Agência Transfusional, Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), Central de Material, Núcleo Assistência Farmacêutica, Engenharia Clínica, Núcleo de Nutrição e Dietética, Fisioterapia, Recursos Humanos, Fonoaudiologia, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Laboratório de Análises Clínicas, Serviço de Imagem, Engenharia de Manutenção e Serviço Social.

4ª REGIÃO DE SAÚDE DE SERTÃO CENTRAL

Figura 7 – Mapa da Região de Sertão Central

Regiões	Populações	Total municípios	Nº de representantes do Estado	Nº de representantes dos municípios	Total
3 ª Região de Saúde **SERTÃO CENTRAL** **SEDE: QUIXADÁ**	**1.491.072**	45	**03** 01 Superintendente Regional 02 Coordenadores Regionais (Canindé e Tauá)	**20** 04 Gestores de município polo regional 03 Gestores de município médio porte 13 Gestores de município pequeno porte	**23**
Municípios de Médio Porte (07): Canindé, Boa Viagem, Quixadá, Quixeramobim, Pedra Branca, Tauá e Parambu.					
Municípios de Pequeno Porte (13): Caridade, Itatira, Madalena, Paramoti, Banabuiú, Choró, Ibaretama, Ibicuitinga, Milhã, Senador Pompeu, Solonópole, Aiuaba e Arneiroz.					

Organização dos Serviços de Saúde

A atenção à saúde organizada de forma regionalizada, tem-se mostrado como meio de oferecer condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e redução dos custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos

recursos.

Na Região de Saúde do Sertão Central, verifica-se a seguinte estrutura organizacional apresentadas logo abaixo.

Atenção Primária à Saúde – APS

Os serviços da APS são compostos pelas Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB).

A APS está organizada nos 20 municípios conforme a Estratégia Saúde da Família- ESF com uma estrutura regional formada por 210 Equipes da Estratégia Saúde da Família, 195 Equipes de Saúde Bucal, 1375 Agentes Comunitários de Saúde e 27 Núcleos Ampliados de Saúde da Família, entre outros estabelecimentos de atenção à saúde.

Quadro 40 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família por município na 3ª Região - Sertão Central, 2020

Município	**População**	**Teto**	**Credenciados pelo MS**	**Equipes em funcionamento**
Auiaba	17.098	9	6	4
Arneiroz	7.774	4	4	4
Banabuiú	17.968	9	9	9
Boa Viagem	53.945	27	13	7
Canindé	77.261	39	18	18
Caridade	22.065	11	7	5
Choró	13.340	7	6	6
Ibaretama	13.203	7	6	6
Ibicuitinga	12.242	6	5	5
Itatira	20.484	10	10	10
Madalena	19.616	10	8	8
Milhã	13.152	7	3	3
Parambú	31.213	16	13	12
Paramoti	11.564	6	5	5
Pedra Branca	42.795	21	16	13
Quixadá	85.991	43	29	24
Quixeramobim	77.931	39	24	24
Senador Pompeu	26.496	13	13	13
Solonópole	18.127	9	9	8
Tauá	57.914	29	25	23
TOTAL	**115.619**	**322**	**299**	**207**

Fonte: E-gestor, competência Outubro/2020.

Como se pode observar no quadro 1 a região do sertão central apresenta 207 equipes em funcionamento no território. Vale lembrar que se possui um teto de 322 equipes, 299 já encontram-

se credenciadas, havendo assim a possibilidade de ampliação da cobertura de mais 92 equipes.

Quadro 41 - - Cobertura da Saúde Bucal por município na 3ª Região - Sertão Central, 2020

Município	População	CREDENCIADO		IMPLANTADO	
		I	II	I	II
Auiaba	17.098	5	0	5	0
Arneiroz	7.774	4	0	4	0
Banabuiú	17.968	9	0	9	0
Boa Viagem	53.945	9	0	9	0
Canindé	77.261	16	0	8	0
Caridade	22.065	6	0	5	0
Choró	13.340	6	0	6	0
Ibaretama	13.203	6	0	6	0
Ibicuitinga	12.242	5	0	5	0
Itatira	20.484	10	0	10	0
Madalena	19.616	5	2	5	2
Milhã	13.152	4	0	4	0
Parambú	31.213	6	0	6	0
Paramoti	11.564	3	0	3	0
Pedra Branca	42.795	11	1	11	1
Quixadá	85.991	24	0	19	0
Quixeramobim	77.931	11	8	11	8
Senador Pompeu	26.496	10	2	8	2
Solonópole	18.127	9	0	8	0
Tauá	57.914	15	8	13	8
TOTAL	**115.619**	**174**	**21**	**155**	**21**

Fonte: E-gestor, competência Outubro/2020.

Com relação a cobertura de saúde bucal na região do sertão central pode-se verificar que há 174 equipes credenciadas na modalidade I, destas 155 encontram-se implantadas. Quanto à modalidade II existem 21 credenciadas e implantadas, perfazendo um total de 174 equipes. Neste cenário, percebe-se que há possibilidade de implantação de 19 equipes de saúde bucal da modalidade I.

Quadro 42 - - Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde por município na 3ª Região - Sertão Central, 2020

Município	População	Teto	Credenciados pelo MS	Cadastrados no Sistema
Auiaba	17.098	43	38	41
Arneiroz	7.774	19	19	20
Banabuiú	17.968	45	45	43
Boa Viagem	53.945	135	118	59
Canindé	77.261	193	133	165
Caridade	22.065	55	36	29
Choró	13.340	33	32	36

Ibaretama	13.203	33	30	28
Ibicuitinga	12.242	31	28	30
Itatira	20.484	51	51	54
Madalena	19.616	49	49	52
Milhã	13.152	33	36	17
Parambú	31.213	78	80	75
Paramoti	11.564	29	29	28
Pedra Branca	42.795	107	105	100
Quixadá	85.991	215	199	177
Quixeramobim	77.931	195	185	171
Senador Pompeu	26.496	66	69	69
Solonópole	18.127	45	45	49
Tauá	57.914	145	135	132
TOTAL	**115.619**	**1.600**	**1.462**	**1.375**

Fonte: E-gestor, competência Outubro/2020.

Com base nos dados acima apresentados pode-se verificar que a rede apresenta uma significativa cobertura da Atenção Primária, no entanto faz-se necessário investir frente ao desafio de avançar com a ampliação da rede afim de garantir a todos os usuários do Sistema Único de Saúde o acesso aos serviços de saúde.

Quadro 43 - - Número de Núcleos Ampliado de Saúde da Família - NASF-AB, segundo tipologia, por município na 3ª Região - Sertão Central, dezembro 2019.

Município	**População**	**CREDENCIADO**			**IMPLANTADO**		
		I	**II**	**III**	**I**	**II**	**III**
Auiaba	17.098	0	1	0	0	1	0
Arneiroz	7.774	0	1	0	0	1	0
Banabuiú	17.968	1	0	0	1	0	0
Boa Viagem	53.945	1	0	0	1	0	0
Canindé	77.261	2	0	0	2	0	0
Caridade	22.065	1	0	0	1	0	0
Choró	13.340	1	0	0	1	0	0
Ibaretama	13.203	1	0	0	1	0	0
Ibicuitinga	12.242	1	0	0	1	0	0
Itatira	20.484	1	0	0	1	0	0
Madalena	19.616	1	0	0	1	0	0
Milhã	13.152	1	0	0	1	0	0
Parambú	31.213	2	0	0	2	0	0
Paramoti	11.564	0	1	0	0	1	0
Pedra Branca	42.795	1	0	0	1	0	0
Quixadá	85.991	2	0	0	2	0	0
Quixeramobim	77.931	2	0	0	2	0	0
Senador Pompeu	26.496	1	0	0	1	0	0
Solonópole	18.127	1	0	0	1	0	0

Tauá	57.914	4	0	0	4	0	0
TOTAL	**115.619**	**24**	**3**	**0**	**24**	**3**	**0**

Fonte: Nota Técnica DESF- dezembro/2019.

Os 20 municípios da Região de Saúde do Sertão Central possuem Equipes NASF-AB, sendo que 17 municípios têm Equipes de NASF-AB na Modalidade I e 3 municípios com NASF-AB na Modalidade II.

Atenção Secundária

No âmbito da Atenção Secundária, a região de saúde está organizada por serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade, Centro de Especialidades Odontológicas-CEOs, Serviço de Atenção Especializada em IST/AIDS- SAE, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS TIPO (I, II, AD e AD III), Atenção Domiciliar - SAD, Policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento- UPAS.

No que concerne a rede hospitalar, a região dispõe de Hospitais Polo, Estratégicos e Hospitais de Pequeno Porte. Os Hospitais Polo são serviços de referência para a Região e estão situados nos municípios de Aracati (Hospital Municipal Eduardo Dias e Hospital Santa Luisa de Marillac), Limoeiro do Norte (Hospital São Raimundo) e Russas (Hospital e Casa de Saúde de Russas).

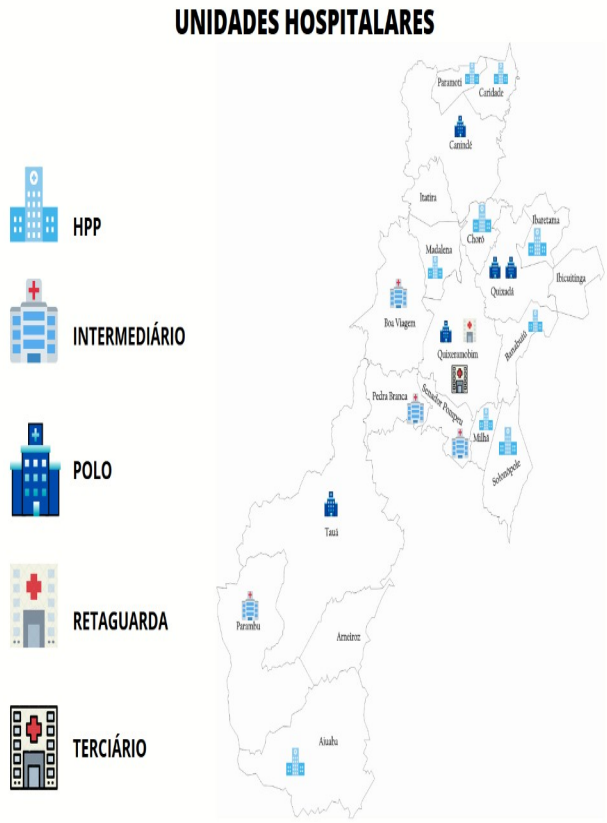


Figura 8 – Arranjo das unidades hospitalares da Região do Sertão Central, 2020.

Na configuração das unidades hospitalares na região verificamos 09 hospitais de pequeno porte, 02 hospitais intermediário, 05 hospitais polos, 01 hospital de retaguarda e um hospital terciário.

A Atenção Terciária compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Designa um conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. A Atenção Terciária ou alta complexidade na Região de Saúde está sendo fortalecida através do processo de regionalização o qual orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde.

O Hospital Regional do Sertão Central (HRSC), do Governo do Ceará, localizado em Quixeramobim, iniciou suas atividades no dia 26 de setembro de 2016. O HRSC foi o terceiro hospital de alta complexidade construído no interior do estado. Atualmente, a unidade conta com os seguintes serviços: Clínica Médica, Centro Cirúrgico Geral, Unidade de Cuidados Especiais (UCE), Clínica Cirúrgica, Centro de Traumatologia e Ortopedia (CTO), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI)

Neonatal, Unidade de AVC agudo, Unidade de AVC subagudo, Assistência Obstétrica, Serviço de Imagem e Ambulatório.

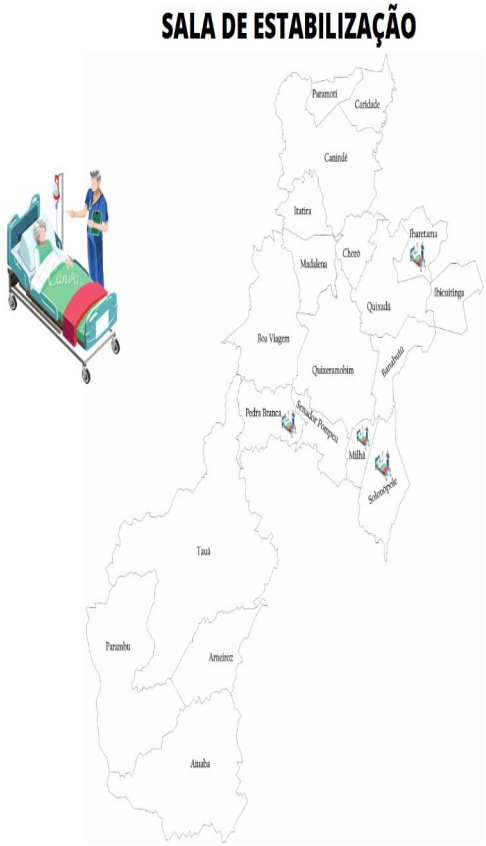


Figura 9 - Arranjo das Salas de Estabilização da Região do Sertão Central, 2020.

Os equipamentos da sala de estabilização deverão atender às necessidades assistenciais de estabilização do paciente grave/crítico em municípios de grandes distâncias e/ou isolamento geográfico, bem como lugares de difícil acesso considerados como vazios assistenciais para a urgência e emergência.

Assim, deverão se organizar de forma articulada, regionalizada e em rede. A Sala de Estabilização poderá estar alocada em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, em hospitais de pequeno porte (HPP) com no máximo 30 (trinta) leitos e fora da área de abrangência de UPA 24 horas, podendo também ser instalada em outras unidades, tipo unidade básica de saúde (UBS) e unidade mista, além de HPP, desde que garantidas as condições para o seu funcionamento integral por 24 horas em todos os dias da semana.

Assim, os equipamentos da sala de estabilização na região estão distribuídos em 04 municípios localizados nos municípios de Ibaretama, Milhã, Pedra Branca e Solonópole.

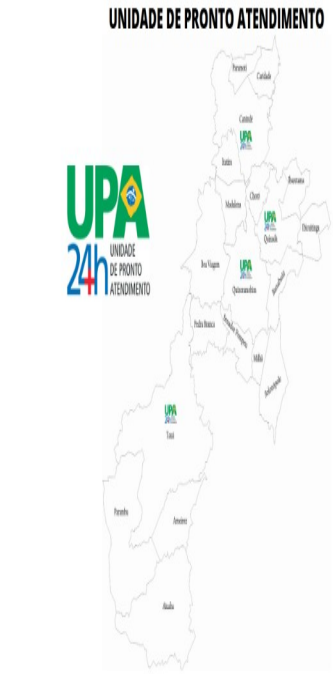


Figura 10 - Arranjo das Unidades de Pronto Atendimento da Região do Sertão Central, 2020.

As Unidades de Pronto Atendimento se enquadram como um conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10). As Unidades de Pronto Atendimento se caracterizam como um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10, I).

Vale salientar, que este equipamento não hospitalar deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 10, II).

Em nossa região as Unidades de Pronto Atendimento apresentam 04 UPA'S localizadas nos municípios polos da região: Canindé, Quixadá, Quixeramobim e Tauá.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência normatizado pela Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012 se configura como um componente da rede de atenção às urgências e emergências que objetiva ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar o atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de

Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade.

No que tange aos da Região do Sertão Central constata-se que há cobertura de 100% dos municípios, dispondo de 12 Unidades de Suporte Básico e 04 Unidades de Suporte Básico.

Arranjo dos Centros de Atenção Psicossocial da Região do Sertão Central, 2020.

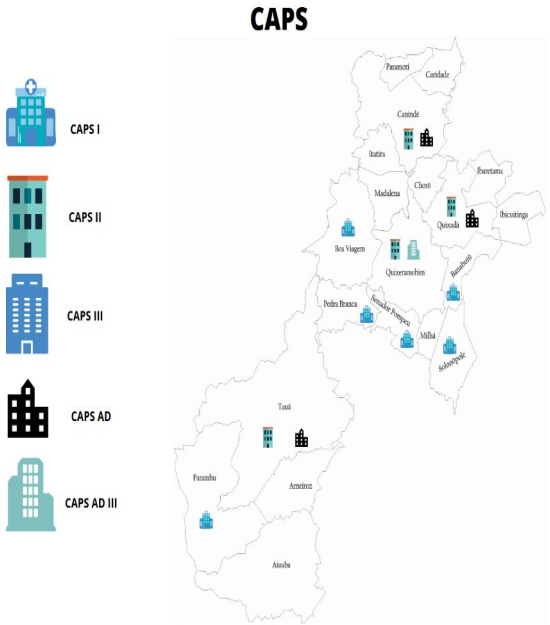


Figura 11 - Arranjo dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência da Região do Sertão Central, 2020.

Os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar.

Na figura 5 pode-se observar que a Região de Saúde do Sertão Central conta com os serviços de Atenção Psicossocial compostas por 06 CAPS tipo I, 04 tipo II, 03 CAPS AD e 01 CAPS AD III.

Figura 12 Arranjo dos Serviços de Atenção Domiciliar da Região do Sertão Central, 2020.

Ao se verificar a composição de equipes de atenção domiciliar na região observa-se que somente o município de Quixeramobim dispõe do serviço. Sendo assim, identifica-se a necessidade de ampliação do serviço, haja vista que o Serviço de Atenção Domiciliar constitui-se por um conjunto de atividades de prevenção, tratamento de agravos e doenças à saúde, medidas de reabilitação, paliação e promoção da saúde, desenvolvidas no domicílio por equipe multidisciplinar de forma vinculada às Redes de Atenção à Saúde, de maneira a proporcionar continuidade dos cuidados.

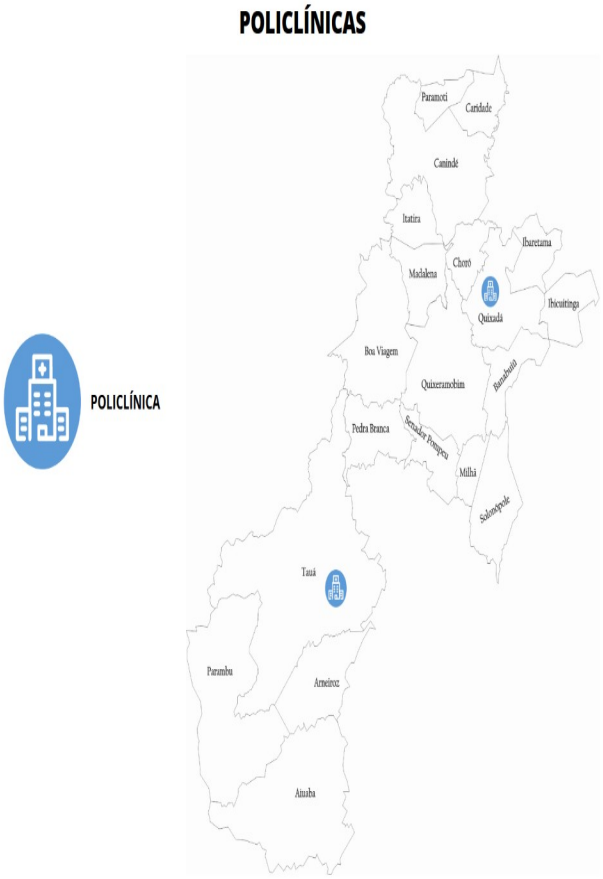


Figura 13 - Arranjo das Policlínicas da Região do Sertão Central, 2020.

As policlínicas se enquadram como uma unidade integrante do Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada em Saúde do Ceará pelo Governo do estado, através da Secretaria do estado do Ceará. A distribuição dos serviços das policlínicas situa-se nos municípios de Quixadá e Tauá, como pode se observar na figura 7.

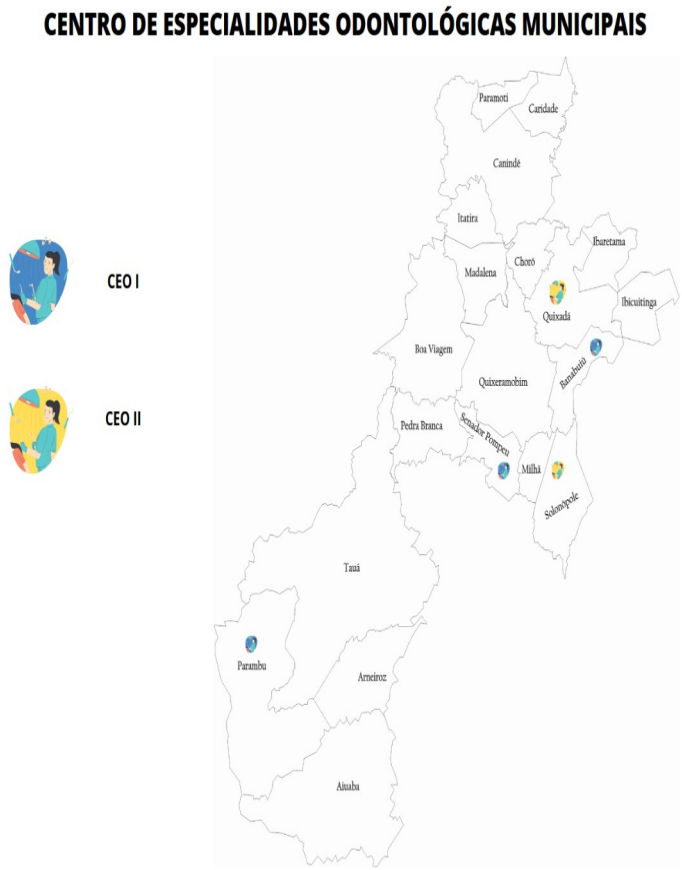


Figura 14 Arranjo dos Centros de Especialidades Odontológicas Municipais da Região do Sertão Central, 2020.

Os Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, estão organizados na Região e dão suporte à população no atendimento especializado de saúde bucal. Na figura 8 pode-se observar que a Região de Saúde do Sertão Central conta com 03 CEO'S tipo I nos municípios de Banabuiú, Senador Pompeu e Parambu. Já os 02 CEO'S tipo II encontram-se nos municípios de Quixadá e Solonópole.

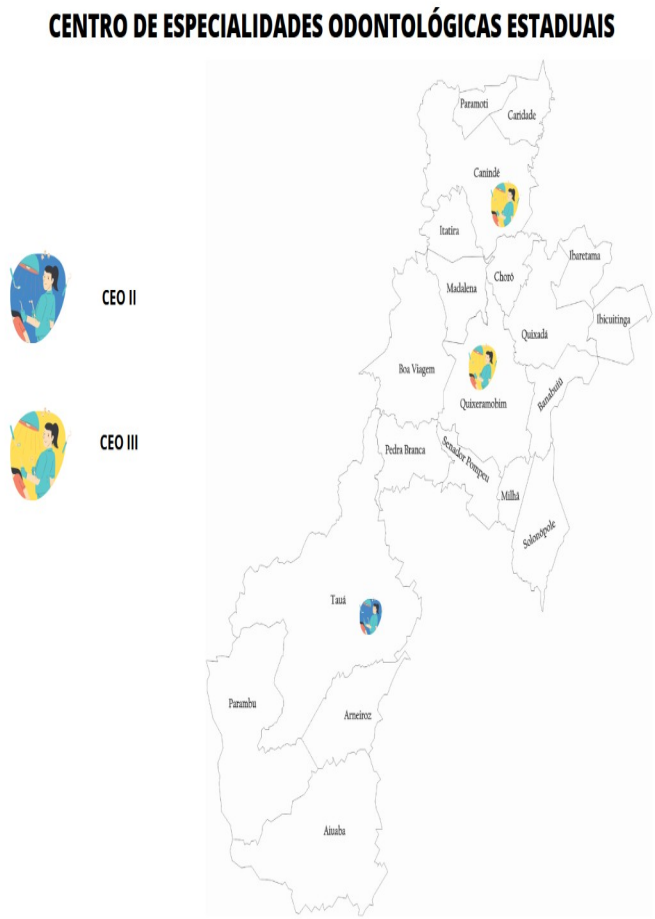


Figura 15 - Arranjo dos Centros de Especialidades Odontológicas Estaduais da Região do Sertão Central, 2020.

Os Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, estão organizados na Região e dão suporte à população no atendimento especializado de saúde bucal. Na figura 5 pode-se observar que a Região de Saúde do Sertão Central conta com os Serviços de Atenção Psicossocial compostos por 02 CEO'S tipo II no município de Canindé e Quixeramobim e 01 CEO tipo III no município de Tauá.

Hospital Regional

O Hospital Regional do Sertão Central (HRSC), localizado em Quixeramobim-CE, iniciou suas atividades no dia 26 de setembro de 2016. O hospital beneficia cerca de 631 mil habitantes dos 20 municípios da Macrorregião de Saúde do Sertão Central: Boa Viagem, Canindé, Caridade, Itatira, Madalena, Paramoti, Banabuiú, Choró, Ibaretama, Ibicuitinga, Milhã, Pedra Branca, Quixadá, Quixeramobim, Senador Pompeu, Solonópole, Aiuaba, Arneiroz, Parambu e Tauá. O HRSC atende pacientes de alta complexidade, sendo referência em casos de Acidente Vascular

Cerebral (AVC), cirurgia geral, traumatologia, clínica médica e terapia intensiva.

Apresenta como serviços primários Ambulatório, Centro Cirúrgico Geral, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Centro de Traumatologia e Ortopedia, Serviço de AVC, Serviço de Neonatologia, Serviço de Obstetrícia, Unidade de Cuidados Especiais, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade de Terapia Intensiva COVID e Clínica Covid; como serviços de apoio a assistência Agência Transfusional, Central de Material e Esterilização, Central de Transportes, Laboratório de Análises Clínicas, Núcleo de Assistência Farmacêutica, Núcleo de Atendimento ao Cliente, Núcleo de Nutrição e Dietética, Serviço de Apoio e Diagnóstico, Serviço de Engenharia Clínica, Serviço de Hotelaria e Serviço de Manutenção.

5ª REGIÃO DE SAÚDE DE LITORAL LESTE JAGUARIBE

Figura 16 – Mapa da Região de Litoral Leste/Jaguaribe

Regiões	Populaçõe s	Total municípi os	Nº de representantes do Estado	Nº de representantes dos municípios	Total
4 ª Região de Saúde **LITORAL LESTE JAGUARIBE**	**649.836**	20	**03** 01 Superintendente Regional 02	**20** 04 Gestores de município polo regional 03 Gestores de município médio porte	**23**

SEDE: LIMOEIRO DO NORTE			Coordenadores Regionais (Aracati e Russas)	13 Gestores de município pequeno porte	
Municípios de Médio Porte (07): Aracati , Russas, Jaguaruana, Morada Nova, Limoeiro do Norte, Jaguaribe e Tabuleiro do Norte.					
Municípios de Pequeno Porte (13): Fortim, Icapuí, Itaiçaba, Jaguaretama, Palhano, Alto Santo, Ererê ,Iracema, Jaguaribara, Pereiro, Potiretama,Quixeré e São João do Jaguaribe.					

Organização dos Serviços de Saúde

Como a organização do sistema de saúde em nível regional é prioritária, uma vez que garante a pactuação entre as diversas unidades de saúde da região e evita a fragilidade no planejamento e na regulação da oferta dos serviços, motivo de distorções como demora no atendimento e falta de resolutividade.

Na Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe, a organização dos Serviços de Saúde se dá pela estruturação da Atenção Primária à Saúde - APS, como 1º nível de atenção, por meio das Equipes de Atenção Básica e Equipes de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB).

A APS está organizada nos 20 municípios conforme a Estratégia Saúde da Família- ESF com uma estrutura regional formada por 188 (94,80%) Equipes da Estratégia Saúde da Família, 159 (83,39%) Equipes de Saúde Bucal- eSB e 1.101 (94,74%) Agentes Comunitários de Saúde- ACS.

O quadro abaixo apresenta a cobertura populacional das equipes na Estratégia Saúde da Família.

Quadro 44 - - Cobertura de Atenção Básica e de Estratégia Saúde da Família por município na 4ª Região Litoral Leste/Jaguaribe, 2020

Municípios	Teto	Implantadas		Teto	Implantadas
	ESF/SB	ESF	SB	ACS	ACS
Alto Santo	08	06	05	42	41
Aracati	37	21	14	183	131
Ereré	04	03	03	18	17
Fortim	08	07	07	40	22
Icapuí	10	09	09	49	37
Iracema	07	06	06	35	37
Itaiçaba	04	03	03	19	21
Jaguaretama	09	08	09	45	55
Jaguaribara	06	05	05	28	24
Jaguaribe	17	12	13	86	79
Jaguaruana	17	14	10	84	83

Limoeiro Norte	29	18	12	146	119
Morada Nova	31	25	11	154	117
Palhano	05	04	04	23	23
Pereiro	08	07	06	40	40
Potiretama	03	03	03	16	16
Quixeré	11	07	09	54	34
Russas	38	15	16	189	139
S. J. do Jaguaribe	04	04	04	19	22
Tabuleiro do Norte	15	11	10	76	78
Região de Saúde	**271**	**188 (94,8%)**	**159 (83,3%)**	**1.346**	**1.101 (94,7%)**

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica- DAB, competência julho/2020.

O quadro acima retrata que os vinte municípios da Região do Litoral Leste Jaguaribe apresentam cobertura significativa de eSF, eSB e ACS, com cobertura ≥ 80 a < de 100% na superintendência.

Núcleos Ampliados de Saúde da Família -NASF- AB

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF-AB) são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua-eCR, equipes ribeirinhas- ESFR e fluviais- eSFF) e com o Programa Academia da Saúde. Os NASF-AB têm como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações.

Apresentamos a seguir a situação de implantação dos NASF-AB nos municípios da área de abrangência da Região do Litoral Leste Jaguaribe, dezembro 2019.

Quadro 45 - - Número de Núcleo Ampliado de Saúde da Família, segundo tipologia, na 4ª Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe, dezembro 2019.

MUNICÍPIO	CREDENCIADO			IMPLANTADO		
	I	II	III	I	II	III
Alto Santo	1	-	-	1	-	-
Aracati	3	-	-	2	-	-
Ereré	-	1	-	-	1	-
Fortim	1	-	-	1	-	-
Icapuí	1	-	-	1	-	-
Iracema	1	-	-	1	-	-

Itaiçaba	-	1	-	-	1	
Jaguaretama	1	-	-	1	-	-
Jaguaribara	-	1	-	-	1	
Jaguaribe	2	-	-	2	-	-
Jaguaruana	2	-	-	2	-	-
Limoeiro do Norte	3	-	-	3	-	-
Morada Nova	2	-	-	2	-	-
Palhano	-	1	-	-	1	-
Pereiro	1	-	-	1	-	-
Potiretama	-	-	-	-	-	-
Quixeré	1	-	-	1	-	-
Russas	3	-	-	3	-	-
São João do Jaguaribe	-	1	-	-	1	-
Tabuleiro do Norte	1	-	-	1	-	-
Região de Saúde	23	5	0	22	5	0

Fonte: Nota Técnica DESF- dezembro/2019.

Ressalte-se que o parâmetro de teto do NASF é calculado a partir do número de eSF credenciadas. Os NASF podem ser organizados em três modalidades definidas de acordo com o número de eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF) e recebem os seguintes incentivos: NASF 1 (5 a 9 eSF e/ou eAB) - R$ 20.000,00 (vinte mil reais); NASF 2 (3 a 4 eSF e/ou eAB) - R$ 12.000,00 (doze mil reais); NASF 3 (1 a 2 eSF e/ou eAB) - R$ 8.000,00 (oito mil reais).

Dos 20 municípios da Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe 19 possuem Equipes NASF- AB, representando 95%, sendo que 14 municípios tem Equipes de NASF- AB na Modalidade I implantadas e 5 municípios com NASF- AB na Modalidade II implantadas.

A Atenção Secundária, 2º nível de referência, está organizada na Região de Saúde por meio dos serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade, Centro de Especialidades Odontológicas- CEOs, Serviço de Atenção Especializada-SAE, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I, II e Ad, Serviço de Atenção Domiciliar- SAD, Policlínica tipo I e II, CEREST/CERESTA, SAMU 192 Ceará e Unidade de Pronto Atendimento- UPA.

A rede hospitalar é composta pelos Hospitais Pólo, Estratégicos, Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e Hospitais Gerais. Os Hospitais Polo são serviços de referência para a Região e estão situados nos municípios de Aracati (Hospital Municipal Eduardo Dias e Hospital Santa Luisa de Marillac), Limoeiro do Norte (Hospital São Raimundo) e Russas (Hospital e Casa de Saúde de Russas).

Quadro 46 - - Demonstrativo dos Hospitais Polo e seu perfil assistencial na 4ª Região Litoral Leste Jaguaribe, 2020

Município	Hospital	Perfil assistencial
Aracati	Hospital. Munic. Dr. Eduardo Dias.	Clínica Médica e Cirúrgica
	Hospital e Maternidade Santa Luísa de Marillac.	Clínica Obstétrica e Pediátrica
Limoeiro do Norte	Hospital São Raimundo.	Clínica Médica, Pediátrica, Obstétrica e Cirúrgica
Russas	Hospital e Casa de Saúde de Russas.	Clínica Médica, Pediátrica, Obstétrica e Cirúrgica

Fonte: CNES/Datasus em 15/12/2020

O quadro acima demonstra todos os Hospitais Polo existentes na Região de Saúde com seu perfil assistencial. O município de Aracati consta 2 (dois) hospitais polo com características diferenciadas no perfil assistencial, sendo o Hospital Municipal Eduardo Dias com atendimento em clínica médica e cirúrgica e o Hospital Santa Luisa de Marillac, com atendimento em obstetrícia e pediatria. Os municípios de Limoeiro do Norte e Russas apresentam 1 (um) hospital e que atendem as clínicas médica, pediátrica obstétrica e cirúrgica.

Há na Região de Saúde um quantitativo de 8 (oito) serviços hospitalares classificados como Hospitais de Pequeno Porte- HPP, 5 (cinco) hospitais classificados como estratégicos e 3 (três) como hospitais gerais. Os HPPs estão situados nos municípios de Ereré, Fortim, Icapui, Itaiçaba, Jaguaretama, Palhano, Potiretama e Quixeré; os Hospitais Estratégicos estão situados nos municípios de Iracema, Jaguaribe, Jaguaruana, Morada Nova e Tabuleiro do Norte e os hospitais gerais estão nos municípios de Alto Santo (Hospital Maternidade Santa Rita), Jaguaribara (Hospital Municipal Santa Rosa) e Pereiro (Hospital Municipal Humberto de Queiroz). Esses serviços têm a responsabilidade de ofertar atendimento ambulatorial, internação, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Urgência.

Quadro 47 - **- Demonstrativo dos Hospitais de Pequeno Porte- HPP, Estratégicos e Hospitais Gerais na 4ª Região Litoral Leste Jaguaribe, 2020.**

Município	Hospital Pequeno Porte- HPP	Hospital Estratégico	Hospital Geral
Alto Santo	-	-	Hospital Maternidade Santa Rita

Ereré	Hospital Municipal Francisco Nogueira de Queiroz	-	-
Fortim	Hospital Municipal Dr. Waldemar Alcântara	-	-
Icapui	Hospital Municipal Mª Idalina Rodrigues de Medeiros	-	-
Itaiçaba	Unidade Mista Josefa Maria da Conceição	-	-
Iracema	-	Hospital e Maternidade Maria Roque de Macedo	-
Jaguaretama	Hospital e Maternidade Adolfo Bezerra de Menezes	-	-
Jaguaribara	-	-	Hospital municipal Santa Rosa
Jaguaribe	-	Hosp. Municipal Governador Adaulto Bezerra.	-
Jaguaruana	-	Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação	-
Morada Nova	-	Hospital Regional Francisco Galvão de Oliveira	-
Palhano	Hospital Maternidade Maria Tereza de Jesus Mateus	-	-
Pereiro	-	-	Hospital Municipal Humberto de Queiroz
Potiretama	Unidade Mista Raimundo Paiva Diógenes	-	-
Quixeré	Hosp. Municipal Joaquim Manoel Oliveira	-	-
Tabuleiro do Norte	-	Casa de Saúde Maternidade Celestina Colares	-

Fonte: CNES em dezembro de 2020.

O quadro acima apresenta os municípios e seus Hospitais de Pequeno Porte e os Hospitais Estratégicos da 4ª Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe. Esses têm a responsabilidade de prestar assistência 24 horas com as clínicas básicas e os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU 192 Ceará)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é de grande importância na Rede, pois tem como objetivo chegar, precocemente, à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. A base do SAMU 192 Ceará Litoral Leste Jaguaribe está localizada no município de Eusébio na Região de Saúde de Fortaleza.

O SAMU 192 Ceará está organizado nos municípios, por meio de Unidades de Suporte Básico- USB e Unidades de Suporte Avançado- USA. O Suporte Básico diz respeito à manobras não invasivas para a manutenção da vida e prevenção de lesões irreparáveis e o Suporte Avançado é relacionado às manobras invasivas específicas e mais complexas para o tratamento de agravos à saúde.

O quadro abaixo retrata que dos vinte municípios da Região de Saúde três possuem Unidades de Suporte Básico e Unidades de Suporte Avançado e 9 (nove) possuem Unidade de Suporte Básico. Os municípios que não possuem serviço próprio contam com as bases dos municípios polo de Aracati, Limoeiro do Norte e Russas. O quadro abaixo apresenta os municípios e os tipos de unidades de atendimento do SAMU 192 Ceará.

Quadro 48 - – Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA) do SAMU 192, na Região do Litoral Leste/Jaguaribe.

Municípios	USB	USA	Sem base
Alto Santo			x
Aracati	x	x	
Ereré			x
Fortim			x
Icapuí	x		
Iracema			x
Itaiçaba			x
Jaguaretama	x		
Jaguaribara	x		
Jaguaribe	x		
Jaguaruana	x		
Limoeiro Norte	x	x	
Morada Nova	x		
Palhano			x
Pereiro	x		
Potiretama			x
Quixeré			x
Russas	x	x	
S. J. do Jaguaribe			x
Tabuleiro do Norte	x		
Região de Saúde	**11**	**3**	**9**

Fonte: CNES/MS/ Dezembro de 2020.

A Região de Saúde conta com serviços ambulatoriais especializados através das Policlínicas situadas nos municípios de Aracati, Limoeiro do Norte e Russas. O quadro abaixo demonstra o tipo e as especialidades ofertadas por esses equipamentos.

Quadro 49 - - Demonstrativo das Policlínicas segundo a tipologia e suas especialidades na 4ª Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe, 2020

Município	Policlínica	Tipologia	Especialidade
Aracati	Dr. José Hamilton Saraiva Barbosa	I	Cardiologia, Cirurgia, Geral, Clínica médica, dermatologia, farmácia clínica, estomaterapia, fisioterapia, enfermagem, fonoaudiologia, gastroenterologia, mastologia, nutrição, obstetrícia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pediatria, psicologia, proctologia, serviço social, traumatologia, urologia, terapia ocupacional, anestesiologia, laboratório clínico e radiologia.
Russas	Dr. José Martins de Santiago	I	Angiologia, cardiologia, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, enfermagem, farmácia clínica, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, ginecologia, mastologia, nutrição, obstetrícia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pediatria, psicologia, serviço social, traumatologia e urologia.
Limoeiro do Norte	**J**udite Chaves Saraiva	II	Angiologia, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, clínica médica, endocrinologia, enfermagem, estomaterapia, farmácia clínica, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, ginecologia, mastologia, neurologia, nutrição, obstetrícia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pediatria, psicologia, serviço social, traumatologia e urologia.

Fonte: CNES em 15/12/2020.

As Unidades de Pronto Atendimento- UPA existentes na Região de Saúde, estão localizadas nos municípios de Aracati, Jaguaribe, Morada Nova e Russas. Essas unidades realizam atendimento de urgência e emergência 24 horas, utilizando o Protocolo de Manchester como processo de triagem e priorização no atendimento para adultos e crianças. Esses Serviços são organizados na forma de gestão municipal e estão habilitados como Porte I.

Os Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, estão organizados na Região e dão suporte à população no atendimento especializado de saúde bucal. Há 3 (três) equipamentos na região que são os CEOs tipo III localizados nos municípios de Aracati, Limoeiro do Norte e Russas e 3 (três) CEOs tipo I nos municípios de Quixeré, Limoeiro do Norte e Alto Santo. Há oferta de

algumas especialidades as quais destacamos: Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, Periodontia especializada, Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros Endodontia, Atendimento a portadores de necessidades especiais, Ortodontia, Prótese dentária, Tratamento de disfunção têmporo-mandibular e Radiologia (RX periapical, interproximal, oclusal e panorâmica).

Há na Região os CEOs que aderiram à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência-RCPD. Essa rede busca levar atendimento integral e de qualidade às pessoas com necessidades especiais. No âmbito da saúde bucal, a Rede se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todos os portadores de deficiência. Os municípios de Alto Santo, Aracati, Limoeiro do Norte e Russas aderiram à RCPD.

Quadro 50 - - Demonstrativo dos CEOs segundo a Tipologia, RCPD e Forma de repasse na 4ª Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe, 2020

Município	Tipo de CEO	RCPD	Forma de repasse
Alto Santo	1	CEO na RCPD	Municipal
Aracati	3	CEO na RCPD	Estadual
Limoeiro do Norte	1	-	Municipal
	3	CEO na RCPD	Estadual
Quixeré	1	-	Municipal
Russas	3	CEO na RCPD	Estadual

Fonte: CNES/ Dezembro de 2020.

De acordo com o quadro acima percebe-se que na Região de Saúde existem 6 (seis) Centros de Especialidades Odontológicas- CEOs e destes, 4 aderiram à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Outro equipamento especializado na Região de Saúde é o Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), que é um serviço reabilitador protético com a perspectiva da assistência integral em saúde bucal. O LRPD é um estabelecimento que oferece o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas.

Na Região de Saúde há 11 (onze) municípios com Laboratório de Prótese Dentária os quais destacamos: Alto Santo, Aracati, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Quixeré, Russas, São João do Jaguaribe e Tabuleiro. Os laboratórios dos municípios de Aracati, Limoeiro do Norte, Russas, Quixeré e Alto Santo funcionam dentro dos CEO's.

Serviço de Atenção Domiciliar- SAD

A Atenção Domiciliar é constituída por um conjunto de atividades de prevenção, tratamento de agravos e doenças à saúde, medidas de reabilitação, paliação e promoção da saúde, desenvolvidas no domicílio por equipe multidisciplinar de forma vinculada às Redes de Atenção à Saúde, de maneira a proporcionar continuidade dos cuidados.

AD está estruturada em três tipos de modalidades: Atenção Domiciliar 1 (AD 1); Atenção Domiciliar 2 (AD 2) e Atenção Domiciliar 3 (AD 3), conforme as necessidades do cuidado a cada caso, o que define a periodicidade das visitas, cuidado multiprofissional e uso de equipamentos. O SAD, também, complementa a internação hospitalar ou atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Quadro 51 - - Situação das equipes de atenção domiciliar- SAD na 4ª Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe, ano 2020.

Município	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD		Composição da Equipe EMAD	Equipe Multiprofissional de Apoio - EMAP	Composição da Equipe EMAP	Localização Dias de funciona mento e Horário	Portaria de Habilitação
	Tipo I	Tipo II					
Aracati	1		Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Fisioterapeuta	1	Fisioterapeuta, Nutricionista e Assistente Social.	Unidade Básica de Saúde Campo Verde Av. Cel. Pompeu, 583 – Centro. Segunda à sexta de 7 as 11 h e de 13 as 17h	Portaria GM Nº 3438, de 29/12/2016.
Jaguaribe		1	Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta e Técnicos em Enfermagem	1	Fonoaudiólogo e Fisioterapeutas.	Hospital de Jaguaribe Segunda a sexta, de 7h às 19h	Portaria GM/MS Nº 825 de 25/04/2016.
Limoeiro do Norte	1		Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Técnicos em Enfermagem	1	Fisioterapeuta, Nutricionista, Assistente Social e Fonoaudióloga.	Posto de Saúde Dr. João Eduardo Neto Pequeno Atirador- Rua Cel. José Nunes- Centro. Segunda à sexta: 7 as 11h e 13 as 17 h	Portaria 3654 GM/MS de 17/12/2019
Quixeré		1	Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta e Técnicos em Enfermagem	1	Nutricionista, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta.	Hospital Municipal Joaquim Manoel de Oliveira De segunda a sexta-feira de 7h às19h e nos finais de semana no mesmo horário funciona com prof. téc. em enfermagem	Portaria 3654 GM/MS de 17/12/2019
Tabuleiro		1	Médico, Enfermeiro e Técnicos em Enfermagem	1	Nutricionista, Fisioterapeuta, Assistente Social, Psicólogo e dentista.	Rua Maia Alarcon, 246 - Centro	Portaria GM/MS Nº 2.430 de 10/08/2018.

Fonte: CNES em dezembro 2020.

Dos 20 municípios que compõem a Região de Saúde Litoral Leste/Jaguaribe nove possuem população igual ou maior a 20 mil habitantes. Destes cinco municípios possuem Equipes de Atenção Domiciliar (EMAD e EMAP) habilitadas, sendo duas Equipes EMAD Tipo I, três Equipes EMAD Tipo II e cinco Equipes EMAP. Espera-se com a implantação na totalidade dos municípios estar contribuindo com o fortalecimento da RUE, visto ser o SAD um importante componente do sistema.

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS são pontos de atenção especializados e servem de referência para as Áreas Descentralizadas de Saúde- ADS. Os CAPS Gerais tipo I estão presentes nos municípios de Icapuí, Jaguaretama, Jaguaruana, Quixeré, Tabuleiro do Norte, Fortim, Jaguaribe e Palhano. Os CAPS Gerais tipo II estão localizados nos municípios de Aracati, Morada Nova, Russas e Limoeiro do Norte e há o CAPS AD II nos municípios de Aracati e Limoeiro do Norte. Alguns equipamentos estão em fase de implantação e /ou habilitação pelo Ministério da Saúde.

Quadro 52 - – Demonstrativo dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, segundo tipologia e status na 4ª Região de Saúde do Litoral Leste Jaguaribe, ano 2020.

Município	Tipologia	Status
Aracati	CAPS II	Habilitado
	CAPS AD II	Habilitado
Fortim	CAPS I	Homologado na CIB para habilitação (Resolução CIB nº 74/2020)
Icapui	CAPS I	Habilitado
Jaguaretama	CAPS I	Habilitado
Jaguaruana	CAPS Geral I	Habilitado
Jaguaribe	CAPS I	Homologado na CIB para habilitação pelo MS (Resolução CIB nº 74/2020)
Morada Nova	CAPS II	Habilitado
Russas	CAPS II	Habilitado
Limoeiro do Norte	CAPS II	Habilitado
	CAPS AD II	Habilitado
Quixeré	CAPS I	Homologado na CIB para habilitação pelo MS (Resolução CIB nº 74/2020)
Tabuleiro do Norte	CAPS I	Homologado na CIB para habilitação pelo MS (Resolução CIB nº 74/2020)
Palhano	CAPS I	Homologado na CIB para implantação pelo MS (Resolução CIB nº 74/2020)

Fonte: CNES - Dezembro/2020 e Resolução CIB nº 74/2020.

No quadro acima percebemos que há um percentual considerável (60,0%) de CAPS na

Região de Saúde. Esses equipamentos contribuem para melhorar o acesso da população à atenção especializada no tocante a atenção psicossocial. Entretanto, constata-se a existência de vazio assistencial na Rede de Atenção Psicossocial no tocante aos equipamentos: CAPS Infantil, CAPS AD III, Unidades de Acolhimento e Serviço de Residência Terapêutica- SRT.

Serviço de Atenção Especializada- SAE

O Serviço de Atenção Especializada é responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo HIV/Aids e Hepatites Virais. O objetivo deste serviço é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar. Esses serviços estão organizados na Região de Saúde nos municípios de Aracati, Limoeiro do Norte e Russas.

O SAE Aracati presta atendimento especializado nas seguintes áreas: Infecções sexualmente transmissíveis- ITS, hepatites virais, HIV, tuberculose, prevenção da transmissão vertical, direitos da PVHIV (Pessoas vivendo com HIV), Coleta de material p/exame citopatológico de colo uterino. Há Consulta médica em atenção especializada em ginecologia, infectologia e pneumologia. O serviço funciona nos turnos manhã e tarde com carga horária de 40 horas semanais.

O Serviço de Atenção Especializada em Limoeiro do Norte funciona no Hospital/Dia Dr. Deoclécio Lima Verde. Tem a responsabilidade de prestar assistência especializada ambulatorial nas seguintes áreas: atendimento especializado em ginecologia, antirretrovirais e seguimento. Há o profissional ginecologista e enfermeiro. O serviço está disponível de 2ª a 6ª feiras no horário de 7 as 13 horas.

O SAE no município de Russas presta atendimento especializado nas seguintes áreas: Infecções sexualmente transmissíveis- ITS, atenção à pessoas em situação de violência, Centro de Testagem e Aconselhamento- CTA, hepatites virais, HIV, tuberculose, prevenção da transmissão vertical. O serviço funciona 40 horas semanais.

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente (CEREST/ CERESTA)

O CEREST é um serviço especializado para o atendimento relacionado à Saúde do Trabalhador e meio ambiente de forma curativa e preventiva. Realiza atendimento nas seguintes áreas: Atendimento à saúde do trabalhador, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância sanitária, apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, atua como serviço especial de acesso aberto, ou para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial no SUS e atua na investigação de nexo causal, realiza consulta médica em

saúde do trabalhador, emissão de parecer sobre nexo causal, atendimento psicológico, de fisioterapia e atendimento de enfermagem, capacitação sobre dermatose ocupacional para todos profissionais de saúde (rede sentinela e Equipes de Saúde da Família- ESF, Vigilância à saúde),etc.

Está organizado nos municípios de Aracati (CEREST) e Limoeiro do Norte (CERESTA), os quais têm a responsabilidade de prestar atendimento regional. O CEREST é responsável para atender os municípios de: Aracati, Fortim, Icapui e Itaiçaba (ADS/Aracati). O CERESTA tem a responsabilidade de atendimento dos seguintes municípios: Alto Santo, Ererê, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixeré, São João do Jaguaribe, Tabuleiro do Norte (ADS Limoeiro do Norte) e Palhano, Jaguaretama, Jaguaruana, Morada Nova, e Russas (ADS Russas).

A Atenção Terciária compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Designa um conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. A Atenção Terciária ou alta complexidade na 4ª Região de Saúde está sendo fortalecida através do processo de regionalização o qual orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde.

Atualmente encontra-se em construção o hospital terciário da Região- **Hospital Regional Vale do Jaguaribe- HRVJ** o qual irá apoiar o planejamento eficiente das ações de saúde a serem desenvolvidas e ofertar a cobertura necessária, alcançado as pactuações estabelecidas para a Região de Saúde de acordo com o modelo assistencial.

O Hospital Regional Vale Jaguaribe será responsável por assegurar a alta complexidade e alto custo, tratamento intensivo, os serviços de urgências clínicas e cirúrgicas, traumatologia e ortopedia proveniente de traumas nas 24 horas. O referido hospital beneficiará diretamente 549.789 habitantes correspondendo aproximadamente a 6% da população do estado, abrangendo os municípios de Alto Santo, Aracati, Ererê, Fortim, Icapuí, Iracema, Itaiçaba, Jaguaretama, Jaguaruana, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Morada Nova, Palhano, Pereiro, Potiretama, Quixeré, Russas, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte.

O Hospital Regional está em fase de conclusão das obras e tem previsão de funcionamento para o segundo semestre de 2021.

3.5 Estrutura do sistema, fluxo de acesso e regulação

A Célula de Regulação do Sistema de Saúde – CERSI, integra o Complexo Regulador do SUS do Estado do Ceará, que tem como missão responder as demandas em saúde, em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador,

orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada. Com base no interesse social e coletivo.

Os principais objetivos da CERSI são:

Regular as referências de procedimentos hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade entre os municípios do Estado, tendo como base as pactuações e protocolos estabelecidos.

Acompanhar a execução dos atendimentos referenciados, organizar e padronizar o tratamento da informação na área da assistência em saúde para todos os componentes da rede informatizada.

Garantir o acesso da população aos serviços de referência do Estado.

Promover a integração das Centrais de Regulação municipais e das Regiões de Saúde.

A CERSI utiliza sistema informatizado desenvolvido, especificamente, para esta finalidade, com servidores de rede, dados e internet integrado a 4 (quatro) componentes:

Estadual - de Coordenação e Acompanhamento, localizado na sede da Secretaria Estadual de Saúde fazendo a gestão das informações geradas pelo sistema informatizado, o desempenho operacional, contribuindo para a definição de parâmetros assistenciais que auxiliem na programação de procedimentos que atendam às necessidades da população.

Regional – Administrativo e Operacional, localizado em cada uma das Regiões de Saúde (Fortaleza, Cariri e Sobral), funcionando em regime de 24 horas com médicos, técnicos de atendimento em regulação médica e de informática). Esse componente é responsável pelo acompanhamento, análise e avaliação das regulações de acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade, através das pactuações vigentes e o desempenho das unidades executoras, gerando informações que subsidiem investimentos e ampliação do acesso, conforme as necessidades dos usuários.

Ambulatorial – operacional em 184 secretarias municipais de saúde para solicitações e agendamentos com interface no componente regional e estadual.

Hospitalar – operacional em todas as Unidades Hospitalares do Estado e UPAS para registro de internações hospitalares, autorização de AIH pelo sistema informatizado, solicitações de transferências com interface no componente regional e estadual, respeitando as pactuações vigentes e os perfis das Unidades Executoras.

A seguir, apresentaremos o comportamento no componente hospitalar no que se refere as transferências, hospitalares no período de 2013 a 2018, considerando todas as solicitações inseridas no sistema, incluindo as que não aguardaram a resposta do sistema que, por decisão da origem, ocorreram sem regulação.

No período analisado, Os anos de 2013 e 2015 representam o período de substituição do sistema UNISUS pelo UNISUS WEB, onde a migração das informações ocorreu na medida que o sistema passou por ajustes, de modo a suprir as necessidades identificadas.

TRANSFERÊNCIAS HOSPITALARES NO PERÍODO DE 2013 A 2018, POR REGIÃO DE SAÚDE

Quadro 53 - transferências hospitalares no período de 2013 a 2018, por região de saúde

REGIÕES DE SAÚDE	2013	2014	2015	2016	2017	2018
FORTALEZA	0	6.375	66.581	71.185	79.324	101.872
SOBRAL	0	7.698	44.461	44.810	44.817	49.414
CARIRI	0	2.277	14.907	17.027	19.479	20.521
TOTAL	**0**	**16.350**	**125.949**	**133.022**	**143.620**	**171.807**

Fonte: UNISUS WEB – Relatório de transferências hospitalares

A Região de Sobral apresentou um leve crescimento a partir de 2017, reflexo do decréscimo de oferta de procedimentos hospitalares cirúrgicos, com destaque à clínica de ortopedia. É composta de 5 Áreas Descentralizadas Acaraú, Camocim, Crateús, Sobral e Tianguá onde a concentração de serviços hospitalares de MAC acontece no município de Sobral. Destaca-se que os polos de Acaraú e Camocim necessitam melhorar a resolubilidade.

Na Região de Fortaleza, o crescimento já foi mais acentuado a partir de 2017, reflexo da baixa resolubilidade nos polos de Baturité, Canindé, Caucaia e Maracanaú. Importante salientar que a programação financeira de procedimentos dos polos de Iguatu e Icó está para o município de Fortaleza, o que contribuiu para o crescimento da curva no Estado do Ceará.

No componente ambulatorial, no período de 2013 a 2018, seguem as informações sobre consultas e exames de MAC, por região de saúde. Neste componente, há uma concentração de exames especializados no município de Fortaleza o que concorre para um número representativo na análise.

Quadro 54 - Transferências hospitalares no período de 2013 a 2018, por região de saúde

REGIÕES DE SAÚDE	CONSULTAS ESPECIALIZADAS	EXAMES ESPECIALIZADOS
FORTALEZA	54.946	25.826
SOBRAL	23.746	9.039
CARIRI	6.094	6.080

Fonte: UNISUS WEB – Relatório Fila de Espera

Cenário dos Transplantes no Estado do Ceará

A Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Ceará – CNCDO/CE foi criada através da Portaria nº 797 de 06 de maio de 1998, passando a funcionar plenamente em junho de 1998. Como um órgão da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, compõe atualmente a Secretaria-Executiva de Vigilância e Regulação em Saúde e está vinculado à Coordenadoria de Regulação e Controle do Sistema de Saúde com a denominação de **Central de Regulação de Transplantes - CETRA** e integra o Sistema Nacional de Transplantes – SNT com o objetivo de promover, organizar, orientar e controlar a realização das atividades especializadas de notificação, captação, distribuição e transplantes de órgãos, tecidos e partes do corpo humano e de efetivar o registro e credenciamento de hospitais, instituições e equipes médicas aptas a procederem à retirada, transplantes e enxertos de órgãos e tecidos humanos. Funciona em regime de trabalho ininterrupto.

Competências da Central de Regulação de Transplante:

I. organizar, coordenar e regular as atividades de doação e transplante de órgãos, tecidos, células e parte do corpo humano;

II. gerenciar os cadastros técnicos dos candidatos ao transplante de tecidos, órgãos, células e parte do corpo humano devidamente inscritos pelas equipes médicas locais, para compor a lista única de espera;

III. atender pacientes e/ou seus familiares no pré e pós transplante, bem como familiares de doadores efetivos por meio das demandas espontâneas;

IV. gerenciar as informações referentes aos doadores de tecidos, órgãos, células e parte do corpo humano e mantê-las atualizadas junto a todos os envolvidos no processo doação e transplante;

V. garantir o transporte de órgãos, tecidos, células e parte do corpo humano ao serviço de saúde;

VI. notificar a Central Nacional de Transplante (CNT) quanto a não utilização de órgãos, tecidos, células e parte do corpo humano pelos receptores inscritos na lista de espera estadual;

VII. definir, em conjunto com o órgão nacional, parâmetros e indicadores de qualidade para avaliação dos serviços transplantadores;

VIII. elaborar o Plano Estadual de Doação e Transplantes;

IX. controlar, avaliar e fiscalizar as atividades de doação e transplantes no âmbito estadual;

X. aplicar as penalidades administrativas nas hipóteses de infração às disposições legais;

XI. promover campanhas de incentivo à doação de órgãos;

XII. elaborar e executar, com apoio da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE e/ou outros parceiros, as atividades de educação permanente em transplante;

XIII. promover o aprendizado organizacional das equipes de trabalho de sua área de competência;

XIV. realizar a gestão dos processos e a análise de desempenho dos resultados da área, alinhados aos objetivos organizacionais e às melhores práticas de gestão;

XV. desempenhar outras atividades correlatas ou que lhe forem determinadas ou delegadas pela Gestão Superior.

Ao longo de mais de vinte anos de criação e funcionamento da CETRA muitos avanços foram registrados, contribuindo para a organização e fortalecimento dos Transplantes no Ceará, visto que, os transplantes de córneas, rim e coração antecedem a sua criação e os transplantes de fígado, pâncreas/rim, pulmão e medula óssea a sucedem.

Os Centros Transplantadores do Ceará são ainda referência no Norte/Nordeste para pacientes dos Estados que ainda não realizam determinado tipo de transplantes, haja visto também o satisfatório índice de doadores por milhão da população que coloca o nosso Estado sempre em terceiro ou quarta posição no ranking nacional anual.

1. Rede de Procura de Órgãos e Tecidos:

A rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano do Estado do Ceará atua nas seguintes Regiões: Fortaleza, Cariri, Sobral e Sertão Central e tem como principais atribuições, sob a coordenação da CETRA: organizar, no âmbito de sua circunscrição, a logística da procura de doadores; criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos nos hospitais de sua área de abrangência a possibilidade da doação de órgãos e tecidos; articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos; viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema; promover e organizar ambientes e rotinas para o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito dos hospitais; participar das entrevistas familiares quando solicitada por estabelecimento de saúde de sua área de atuação; apresentar mensalmente os relatórios de produção à CETRA; implementar programas de qualidade e boas práticas relativos a todas as atividades que envolvam doação/transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo no âmbito da Organização de Procura de Órgãos – OPO; e registrar, para cada processo de doação, informações referentes constantes na Ata do Processo Doação/Transplante.

As Organizações de Procura de Órgãos – OPOs e Comissões Intra-hospitalares de Doação

de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTTs devem encaminhar a CETRA todas as informações relativas aos potenciais doadores elas levantadas.

1.1. Organização:

A primeira CIHDOTT criada foi a do IJF em 2005 e atualmente existem vinte CIHDOTTs instituídas em unidades hospitalares, sendo: onze públicos, dois filantrópicos e cinco privados. Destes, 30% estão em hospitais também transplantadores. Tem-se ainda vinte estabelecimentos de saúde em que não há a instalação de CIHDOTT e cujas equipes assistenciais são os responsáveis por assegurar a notificação de morte, a avaliação e o acompanhamento de doadores e de suas famílias com o acompanhamento dos profissionais da saúde da CETRA.

Em 2010 através da Portaria Ministerial Nº 1945 foi autorizada a criação das OPOs (HGF, IJF, Sobral (Santa Casa de Misericórdia) e Cariri (inicialmente no Hospital Santo Antônio (Barbalha) e atualmente funcionando no Hospital Regional do Cariri – HRC (Juazeiro do Norte). Portanto, pode-se inferir que as OPOs possuem uma área de abrangência, nas quais as CIHDOTTs as compõem. Sendo essa a rede de procura e doação de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano do Estado do Ceará:

Quadro 55 – Quantitativo das OPOs/CIHDOTTs

ORD.	OPOs/CIHDOTTs
01	Instituto Dr. José Frota – IJF
02	Hospital Geral de Fortaleza – HGF
03	Hospital Regional do Cariri
04	Santa Casa de Misericórdia de Sobral
CIHDOTTs	
05	Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC
06	Hospital Albert Sabin – HIAS
07	Hospital Geral César Cals – HGCC
08	Hospital Geral Waldemar de Alcântara

09	Hospital Gastroclínica
10	Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC
11	Hospital São Carlos
12	Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
13	Hospital Antônio Prudente
14	Hospital Monte Klinikum
15	Hospital Regional Unimed Fortaleza
16	São Camilo – Hospital Cura Dar´s
17	Hospital Regional Norte
18	Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
19	São Camilo – Hospital e Maternidade São Francisco de Assis
20	Hospital Regional do Sertão Central

Ressalta-se que a Central de Regulação de Leitos da SESA/CE também atua como serviço notificante, possibilitando desta forma uma melhoria nos indicadores de transplantes e agilização na rotatividade de leitos.

As Unidades de Pronto Atendimento – UPAs exercem também um papel importante na notificação de potenciais doadores, sendo os mesmos transferidos para estabelecimentos de saúde com centro cirúrgico no caso de autorização familiar para realização da cirurgia para a efetivação da doação.

Os Bancos de Olhos funcionam nas 24 horas, todos os dias, atuando na capital e região metropolitana. São credenciados pelo Sistema Nacional de Transplantes e subordinados a Central Estadual de Transplantes (CET-CE).

Em 2006 é inaugurado o primeiro **Banco de Olhos do Estado do Ceará no HGF**, que veio proporcionar maior segurança na avaliação e liberação das córneas doadas para transplantes, ocasionando a diminuição no tempo de espera em lista e no número de re-transplante no Estado devido à qualificação das mesmas.

Em 2016, foi inaugurado o **Banco de Olhos do Ceará – BOC** e o **Banco de Olhos de Sobral**, melhorando a capacidade do Estado do Ceará na captação, avaliação e liberação no número de córneas para fins de transplantes, que juntamente ao **Banco de Olhos do HGF** e o credenciamento de novos estabelecimentos de saúde transplantadores de córneas foram

responsáveis por zerar a fila de espera por um transplante de córnea no nosso Estado desde o ano de 2017.

1.2. Indicadores de Monitoramento e Avaliação:

Quadro 56 - Quadro demonstrativo da série histórica da fila de espera por um transplante por ano no mês de referência de dezembro:

Ano/Órgãos e Tecidos	Dez/2014	Dez/2015	Dez/2016	Dez/2017	Dez/2018	Dez/2019	Dez/2020
Total de Cadastros Ativos	558	713	680	795	902	978	949
Coração	7	10	13	14	22	14	06
Córnea	454	580	33	6	0	2	10
Esclera	0	0	0	0	0	0	0
Fígado	93	123	133	143	173	148	127
Medula Óssea	0	0	0	0	0	0	0
Pâncreas	0	2	1	1	0	1	1
Pulmão	4	0	4	4	3	2	1
Rim		149	487	620	696	799	792
Rim/ Pâncreas		9	9	7	8	12	12

Percebe-se no quadro acima pouca variação na lista total de pacientes ativos com fila zero de córnea a partir do ano de 2016 que foi mantida com o aumento no número de pacientes inscritos para transplante de rim devido a uma comunicação de incentivo realizada entre a CETRA e as Clínicas de Diálises.

Com relação ao número de potenciais doadores identificados durante o ano de 2020, devido a pandemia de coronavírus que impactou inicialmente no nosso Estado com um grande número de casos, houve uma queda de 12% comparando-se ao ano de 2019, em um retorno ao número de 2018 que foi de 516 potenciais doadores, conforme observa-se no gráfico abaixo.

Gráfico 13 Demonstrativo do número de potenciais doadores por ano

Percebe-se ainda um aumento ao longo dos anos, principalmente entre os anos de 2005 e 2014, com uma estabilidade entre os anos de 2015 a 2020, denotando a necessidade de novas estratégias para aumentar o número de notificações de potenciais doadores por milhão da população.

Gráfico 14 Doadores efetivos por milhão da população:

Estratégias educacionais para a redução da recusa familiar fazem-se necessárias objetivando a promoção de uma maior segurança e acolhimento eficaz dos profissionais da saúde no manejo de uma situação considerada a mais delicada do processo doação/transplante que é estar na frente de uma família que está vivenciando a mais inexorável das perdas, que é a morte de uma pessoa querida.

Quadro 57 - Quadro demonstrativo da recusa familiar em relação as entrevistas realizadas:

Entrevista Familiar	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Nº de Entrevista Realizadas	257	299	354	416	342	290	333	322	406	331	3.019
Nº de Entrevista Recusadas	102	110	157	187	129	115	128	116	148	130	1.192
Percentual de Recusa Familiar	**40%**	**37%**	**44%**	**45%**	**38%**	**40%**	**38%**	**36%**	**36%**	**39%**	**39%**

Abaixo temos demonstrado o principal indicador de desempenho que impacta diretamente no número de transplantes realizados, daí a importância no investimento educacional visando a habilitação dos médicos para a determinação da morte encefálica de acordo com **Resolução CFM Nº 2.173/2017.**

Gráfico 15 Doadores efetivos por milhão da população

2. Rede de Transplantes:

2.1. Organização:

A Rede de Transplantes do Estado do Ceará realiza 09 tipos de transplantes em 46 estabelecimentos de saúde devidamente autorizados pelo SNT/MS através de 47 equipes habilitadas, conforme quadro demonstrativo abaixo:

Quadro 58 – Nº de estabelecimentos com centros de transplantes e nº equipes

Ord.	Órgãos e Tecidos	Nº de Estabelecimentos com Centros Transplantadores Credenciados	Nº de Equipes Habilitadas a Realizar Transplantes
01	Coração	03	03

02	Válvulas Cardíacas	02	02
03	Pulmão	01	01
04	Fígado	05	05
05	Rim	08	08
06	Medula Óssea	05	06
07	Pâncreas Isolado	02	02
08	Rim/Pãncreas	02	02
09	Córneas	18	18
10	**Total**	**46**	**47**

2.2. Indicadores de Monitoramento e Avaliação:

O crescimento dos transplantes realizados ao longo dos anos de acordo com a necessidade é o indicador de resultados que expressa o maior significado de todo o processo doação/transplante. O número de transplantes realizados demonstrado no gráfico abaixo necessita de uma recuperação devido a queda ocorrida em 2020 em consequencia da redução no número de notificações em virtude da pandemia de coronavírus, onde o serviço de doação e transplantes já contam com fluxos seguros.

Gráfico 16 Demonstrativos do número total de transplantes realizados por ano

3. Rede de Serviços Auxiliares Especializados para a Realização de Transplantes:

Em 1986, foi implantado o Laboratório de Histocompatibilidade – HLA, uma parceria entre o Centro de Pesquisas em Doenças Hepato-Renais – **CPDHR** e o Hemocentro do Ceará – **HEMOCE**. O laboratório de HLA do HGF iniciou o funcionamento em 1992.

Destaca-se também o Laboratório Central do Estado do Ceará – **LACEN/CE** na realização dos exames sorológicos dos potenciais doadores desde o ano de 1998, sendo que o **HEMOCE** passou a realizá-los em 2020, bem como o teste para Covid-19 em potenciais doadores.

O **HEMOCE** gerencia o Registro de Doadores Voluntários de Medula Óssea – REDOME, desde o ano de 2020, sendo que, além do serviço de captação, é o único Estado que realiza a coleta aférese no próprio hemocentro, evitando-se desta forma o traslado do doador ao local em que se encontra o receptor.

O ano de 2008 foi o ano em que o HEMOCE organizou o **Núcleo de Medula Óssea** e que ocorreu a realização do primeiro transplante de medula óssea no Ceará. Em 2012 ocorreu a primeira coleta de doador não aparentado, sendo que em 2014 houve a conquista dos 100 mil cadastros de doadores de medula óssea lhe rendendo uma homenagem do INCA.

O Serviço de Verificação de óbito – SVO, através da **v**erificação médica da causa da morte de possível doador, possibilita a doação, quando a família é favorável, considerando que para a doação ser efetivada, a causa morte dever estar definida. O SVO também é um estabelecimento de captação de córneas.

Centro de Pesquisa em Doenças Hepato Renais – Mantém uma equipe para captação à distância e iniciou essa atividade em 2009. Da mesma forma, o I**nstituto de Pesquisa e Desenvolvimento em Transplantes**, também mantêm equipe para captação à distância e realiza essa atividade desde o ano de 2015.

A articulação entre a CETRA e Secretaria da Saúde do Município de Fortaleza é permanente, considerando principalmente o faturamento das ações do processo de doação de órgãos realizados pela rede de hospitais notificantes, bem como, auditorias nos serviços de pré-transplante, transplante e pós transplante, vistorias em estabelecimento que se habilitaram a realização de transplantes e situações relacionadas ao sistema de regulação de leitos hospitalares para potenciais

doadores.

O SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência, realiza o transporte de potencial doador entre unidades de saúde., contribuindo com sua logística para a efetivação de doações em tempo hábil.

A Casa Civil atua na disponibilização de aeronaves para deslocamento de equipes de captação à distância, bem como o **CIOPAER** que coopera de forma bem significativa na disponibilização também de aeronave.

A Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social – através da Perícia Forense do Estado do Ceará – **PEFOCE** realiza **a**tendimento prioritário de corpo de doador de órgãos e/ou tecidos a ser recambiado e procedência da necrópsia a partir da publicação da portaria nº 03/03 de 24 de julho de 2003.

Atualmente a realização de necrópsia dos doadores do IJF são realizadas no próprio centro cirúrgico do referido hospital.

4. Parcerias Estabelecidas:

Defensoria Pública Geral do Estado do Ceará – DPGE/CE

O Termo de Cooperação Técnica nº 04, celebrado em 18 de setembro de 2011 entre a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e a Defensoria Pública do Estado do Ceará, possibilitou que a partir de 2011 o direito a doação seja possível em situações onde a intervenção jurídica se faz necessária. Funciona através do Grupo de Trabalho em Transplante, formada por defensores em escala de sobreaviso 24h, os sete dias da semana.

Empresa de Transporte Intermunicipal Expresso Guanabara S/A

Tendo como objeto o transporte terrestre de tecido ocular humano e amostra sanguínea de potencial doador de órgãos e tecidos para fins de transplantes da Região de Sobral foi celebrado no ano de 2015, através da Portaria nº 066 de 08 de junho, um termo de cooperação, entre a Secretaria as Saúde do Estado do Ceará e a Empresa de Transporte Intermunicipal **EXPRESSO Guanabara S/A,** no qual foi contemplada a Região do Cariri em 02 de fevereiro de 2018 através da Portaria nº 02/18 com a mesma finalidade.

Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará

Organização da captação de córneas na PEFOCE desde 02 de janeiro de 2018 com a celebração do Termo de Cooperação Técnica nº 01 entre a Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social com a interveniência da Perícia Forense do Estado do Ceará, viabilizando a captação de córneas para fins de transplantes nas dependências dos Núcleos de Perícias Médicas da Perícia Forense do Estado do Ceará – **PEFOCE.**

5. Educação Permanente em Transplante

Os transplantes são o único procedimento médico que só ocorre com o envolvimento de toda a sociedade e para a construção de uma cultura da doação de órgão e tecidos e consequente aumento no número de transplantes, a educação permanente é um dos pilares essencial na superação dos desafios de enfrentamento da negativa familiar de 39% e de efetivação da doação de 21,1 doadores pmp no ano de 2020. Pois mesmo em um período de pandemia de coronavírus e estando esses indicadores acima da média nacional e entre os quatro melhores indicadores do país, podem e devem melhorar.

Nessa perspectiva a profissionalização do processo educacional em transplante, através da parceria estabelecida entre a CETRA e Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE em junho de 2018 está suprindo enquanto instituição de ensino uma dificuldade da CETRA em alinhar o conhecimento do processo doação/transplante e educação para qualificação, consolidando a organização do trabalho em um processo interdisciplinar, impactando positivamente nos serviços e ações do processo de doação de órgãos e tecidos para fins de transplantes.

Melhorar a busca ativa de potenciais doadores, organizar o acesso dos pacientes aos transplantes e monitorar e avaliar os indicadores pós-transplante são desafios a serem implementados continuamente até o ano de 2023, objetivando o fortalecimento do serviço de transplante que salva e/ou proporciona melhor qualidade de vida a pacientes que aguardam na lista técnica única por esse tipo de cirurgia.

3.6 Gestão e governança em redes integradas e regionalizadas

Para melhor compreensão do Processo de Regionalização da Saúde no SUS, é necessário revisar a legislação começando pela Constituição Federal de 1988, mais especificamente os Artigos

196 e 198. O primeiro define a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Já o segundo pauta que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade.

Para garantir o direito a saúde assegurada na Constituição Federal/88 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo posteriormente normatizado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) que estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o seu funcionamento. Em 2011 foi editado o Decreto Federal nº 7.508 que define os processos de organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Esse Decreto reforça o princípio organizativo da regionalização das ações e serviços que integram o SUS, e considera Região de Saúde como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) através da Resolução Nº 23, datada de 17/08/2017, estabelece diretrizes para o processo de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, e para a Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. De forma complementar edita a Resolução Nº 37, datada de 22/03/2018 com as orientações normativas para o desenvolvimento do processo de Planejamento Regional Integrado e da organização de Regiões de Saúde. Destaca-se dentre as normas estabelecidas que o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) será instituído e coordenado pelo estado em articulação com os municípios com a participação da União, a partir da configuração das Regiões de Saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

O processo de regionalização das ações e serviços de saúde no Estado se encontra normatizado pela a Lei Estadual nº 17.006 datada de 30/09/2019 que dispõe sobre a integração, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), das ações e serviços de saúde em **Regiões de Saúde,** e define a Região de Saúde como o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamento de municípios limítrofes que, em razão de suas dinâmicas epidemiológicas, geográficas, viárias, de comunicação, ambientais, políticas, socioeconômicas, integram suas ações e seus serviços de saúde com as do Estado em redes de atenção à saúde.

O Estado está dividido em 05(cinco) Regiões de Saúde, que compreendem várias áreas de atuação descentralizada, como apresentado na figura abaixo: 1ª Região de Saúde de Fortaleza com 05 áreas descentralizadas Caucaia, Maracanaú, Baturité, Itapipoca e Cascavel; 2ª Região de Saúde de Sobral com 04 áreas descentralizadas Acaraú, Tianguá, Crateús e Camocim; 3ª Região de Saúde de Cariri com 04 áreas descentralizadas Icó, Iguatu, Brejo Santo e Crato; 4ª Região de Saúde de Sertão Central com 02 áreas descentralizadas Canindé e Tauá; e a 5ª Região de Saúde de Litoral Leste Jaguaribe com 02 áreas descentralizadas Aracati e Russas. A gestão nessas Regiões de Saúde será exercida pelas Superintendências Regionais de Saúde, órgão de representação da Secretaria Estadual de Saúde e das Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Mapa Estadual das Regiões de Saúde

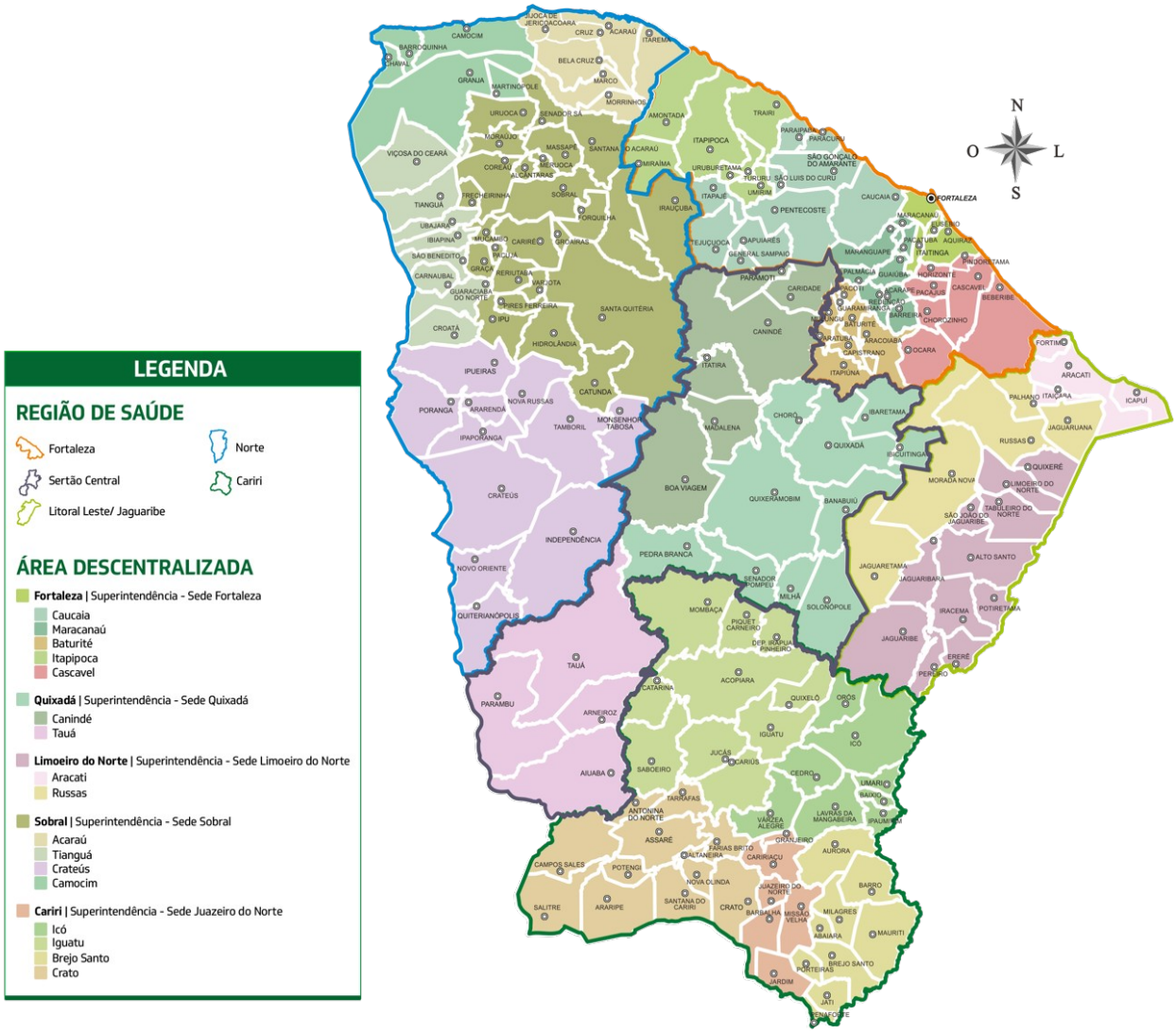


Figura 17 – Mapa das Regiões de Saúde do Ceará

As Regiões de Saúde contarão com uma Comissão Regional de Saúde (CRS), vinculada ao Conselho Estadual de Saúde do Ceará, em caráter permanente e com representação paritária, fulcro a Lei nº 17.006 de 30 de setembro de 2019 c/c Lei n° 8.142 art.1°, § 2° de 28 de dezembro de 1990. A institucionalização da CRS fortalece a integração do Cidadão e da Gestão na construção de políticas públicas de saúde, garantindo maior participação da sociedade e do Controle Social do SUS no Estado do Ceará, nos processos de governança regional e estadual de saúde.

As ações e serviços de saúde nessas Regiões de Saúde serão organizadas através da estratégia de Redes de Atenção. E a gestão dessas Redes será exercida de modo compartilhado com os atores sociais envolvidos possibilitando o alcance dos resultados esperados. Nesse sentido será implantado nas 05(cinco) Regiões de Saúde o Comitê de Apoio à Governança. A governança das redes de atenção à saúde, segundo MENDES, 2011 é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adstrita.

As redes temáticas e assistenciais prioritárias definidas pelo Estado, para o período de 2020 a 2023 são: Doenças Crônicas Não Transmissíveis (linhas de cuidado: diabetes, hipertensão, obesidade, doenças renais crônicas), Materno-infantil, Atenção Psicossocial, Cuidado à Pessoa com Deficiência, Urgência e Emergência, Traumato - Ortopedia, Neurologia, Cardiovascular e Oncologia.

É importante destacar a iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde em coordenar o processo de planejamento regional, de modo integrado com os municípios, tendo como produto o Plano Regional de Saúde (PRS) estabelecido pela Lei Estadual nº 17.006/2019, que dispõe sobre as necessidades de saúde da população, as ações de intervenções prioritárias, a organização das ações e serviços em redes de atenção, o financiamento, e as responsabilidades dos entes envolvidos.

O Plano de Saúde Regional abordará sobre a estruturação das redes temáticas e assistenciais prioritárias em cada Região. Essas redes deverão ser pactuadas entre os gestores, definindo os pontos de atenção e as responsabilidades que forem necessárias à atenção integral, de qualidade e resolutiva que atenda às necessidades da população.

3.7 Redes de conhecimento, educação, tecnologia e inovação em saúde

Dentre as competências do SUS está contemplado o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação, conforme expressa o artigo 200, inciso V, da Constituição Federal.

Do ponto de vista da ciência e da tecnologia, a aplicação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade deve corresponder ao compromisso político e ético com a produção e com a apropriação de conhecimentos e tecnologias que contribuam para a redução das desigualdades sociais em saúde, em consonância com o controle social. Assim, promover a saúde e o desenvolvimento social implica investir no fomento de novas tecnologias, valorização da pesquisa, adoção de técnicas que permitam ampliar a rede de informação e conhecimento em saúde.

O empoderamento técnico-científico é fundamental para compreender os desafios e planejar estrategicamente as ações de saúde em prol da qualificação da gestão da saúde, favorecendo o processo contínuo de aprendizagem e de aprimoramento dos conhecimentos empregados para a melhoria do sistema público. Dessa forma, a produção do conhecimento científico e tecnológico, e realização de pesquisas em saúde devem contribuir para que o desenvolvimento do Estado se faça de modo sustentável, e apoiado em saberes técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do país.

O Ceará tem empreendido esforços para qualificar a formação, promover o desenvolvimento e a disponibilidade de força de trabalho em saúde, de forma a atender melhor às políticas públicas do setor no Estado do Ceará. Para tanto no ano de 2018, promoveu a capacitação de 19.538 trabalhadores do Sistema de Saúde, com cursos no nível básico, atualização, aperfeiçoamento e especialização nas áreas de atenção, gestão, vigilância e educação profissional em saúde, bem como a formação de 260 médicos especialistas pelos programas de pré-requisito e de acesso direto (anestesiologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia geral, clínica médica, dermatologia, infectologia, medicina de família e comunidade, dentre outros) e formação de 61 especialistas com os cursos de Urgência e Emergência e Saúde Pública. Além do que, promoveu a especialização de 218 profissionais de saúde pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, nas especialidades do componente hospitalar. Promoveu, ainda, a publicação de 17 produções científicas, realização de 62 estudos e pesquisas e de 18 eventos científicos, dentre eles: publicações das Revistas - Cadernos Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP), realização do evento VII EXPOESP, publicação da coletânea Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS) Vol. III e IV, Seminário de Avaliação Final do PPSUS e Seminário Marco Zero PPSUS, com 30 pesquisas contempladas. O programa proposto articula-se aos preceitos da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e da Gestão do Trabalho em Saúde, voltada às necessidades de saúde da população, no sentido de desenvolver e otimizar os processos de produção e disseminação de conhecimento científico e tecnológico pelos sistemas, serviços e instituições de saúde, centros de formação de recursos humanos, empresas do

setor produtivo e demais segmentos da sociedade. Além disso, propõe iniciativas na gestão do conhecimento, na inteligência em saúde e na inovação. Assim, esta proposta tem a intenção de articular vários setores que tem ações convergentes com o campo da saúde pública, compreendendo que a saúde é uma produção socialmente determinada e deve ser vista também como um componente das políticas de educação, de desenvolvimento econômico e industrial, e demais políticas sociais.

No âmbito do desenvolvimento estratégico da Política de Educação Permanente em Saúde no Ceará, no ano de 2020, vem sendo implementado em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Foi desenvolvido o apoio técnico para a implantação e implementação de Núcleos de Educação Permanente em Saúde nas Unidades ambulatorias e hospitalares da Rede SESA, na perspectiva da constituição da Rede Estadual Saúde Escola que constitui-se em estratégia de gestão da educação na saúde, com o objetivo de transformar toda a rede de serviços sanitários, assim como os órgãos de gestão e controle social do SUS em espaço de educação e desenvolvimento profissional, implicados com a qualidade da atenção e coordenação do sistema de saúde. Além disso, vem sendo implementadas ações da Política Estadual de Regulação das Práticas de Ensino na Saúde, que no ano de 2020 possibilitou o acesso de 10.259 estudantes (estágios, internatos, etc.) na Rede Estadual de Serviços de Saúde.

3.6.1 G**estão do trabalho na SESA**

A partir da nova estrutura da SESA, criada pelo Decreto n° 33.603 de 22/05/2020, a antiga CGTES – Coordenação de Gestão do Trabalho e Educação e Saúde, passou a ser COGEP – Coordenação de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas.

A Coordenadoria é composta pelas seguintes células: a) Registros Funcionais e Pagamentos (incluindo terceirização); b) Gestão de Pessoas; c) Provimento, Avaliação e Desenvolvimento; d) Qualidade de Vida. A competência Educação e Saúde coube à Escola de Saúde Pública – ESP.

A Gestão de Desenvolvimento de Pessoas enquanto ferramenta na tomada de decisão na SESA/CE, passa por grandes desafios, demandando uma nova forma de pensar, estruturar e desenvolver processos de trabalho capazes de produzir e oferecer serviços com eficiência e eficácia a todos os servidores. Neste sentido, uma nova forma de gestão de pessoas vem se constituindo na SESA/CE.

A força de trabalho da SESA conta hoje com 25% de agentes comunitários de saúde, 26% de servidores, 31% cooperados e 18% de terceirizados.

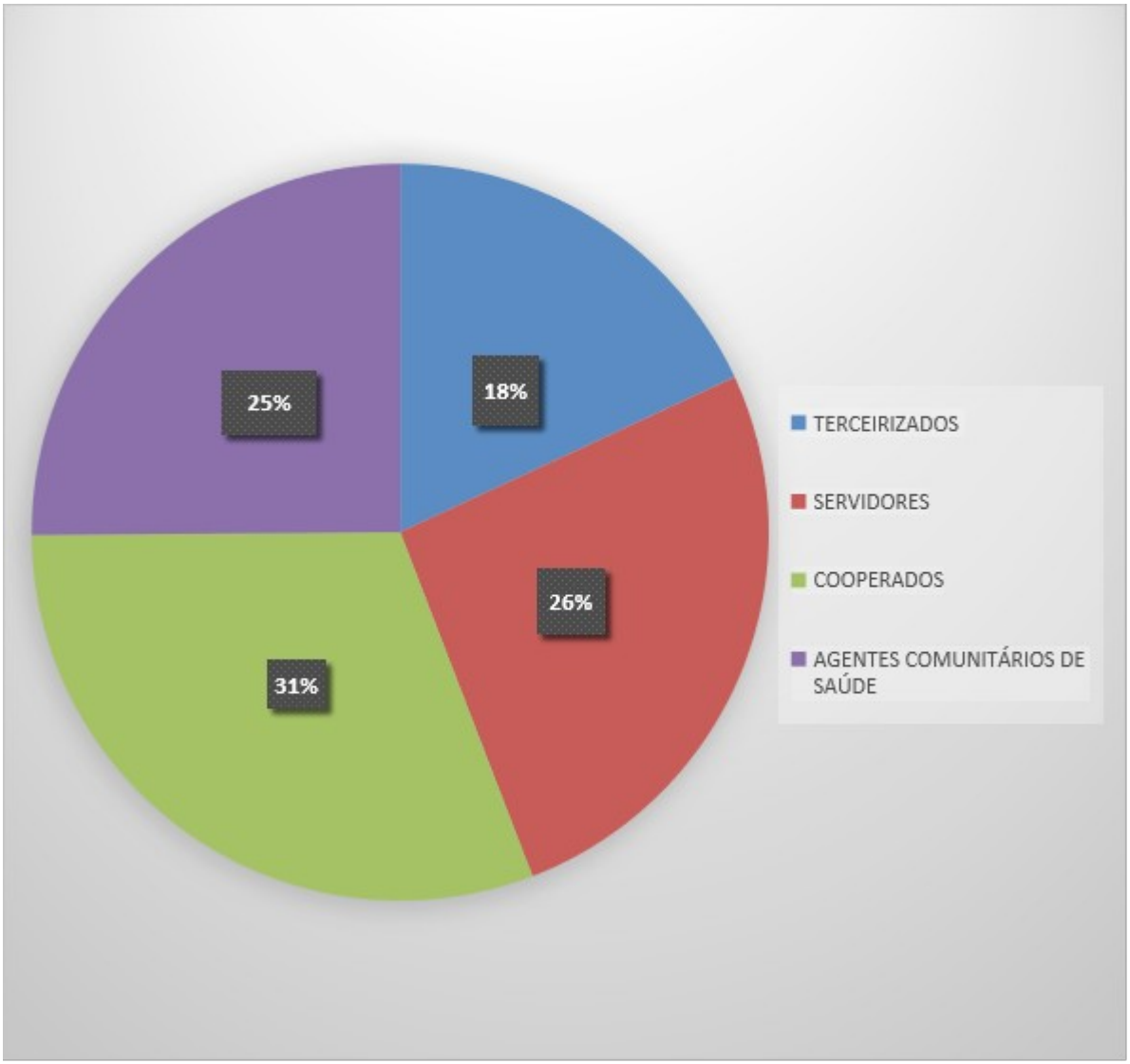


Figura 18 – Força de Trabalho da SESA

Colaboradores da SESA

	Nível Central	Rede SESA	Superintendências	Totais
Servidores	369	5.327	435	6.131
Cedidos p/ SESA	116	530	633	1.279
ACS	-	-	6.660	6.660
Terceirizados	755	4.084	332	5.171
TOTAL				19.241

Fonte: Coordenadoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas – COGEP

É urgente planejar ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário.

Entre as estratégias viáveis no sentido da desprecarização do trabalho, estão o concurso

público, os planos de cargos, carreiras e salários e as mesas de negociação.

Caberá à FUNSAUDE, regulamentada pelo Decreto Nº33.691 de 24 de julho/20, realizar em 2021 o concurso público para o Hospital Geral de Fortaleza e Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, e os demais em 2022.

O Plano de cargos, carreiras e salários está posto no planejamento estratégico da SESA e será mencionado logo a seguir.

A instalação da Mesa Setorial de Negociação também contribuirá para consolidar a política de Recursos Humanos da Saúde, preconizada pelo Ministério da Saúde, possibilitando a problematização de pautas importantes em torno das relações de trabalho.

Dentre as principais atividades desenvolvidas por esta coordenadoria ao longo do ano e as previstas a médio prazo, estão:

Mecanismos de incentivo

Os desafios iniciais da nova Coordenação de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas tiveram como premissa a valorização do servidor. Coube orientar a implementação da Lei 17.132 de 16 de dezembro de 2019 que criou a Gratificação de Desempenho Institucional – GDI e o Decreto 33.545 de 20 de abril de 2020 que regulamentou a GDI e a Gratificação de Incentivo a Atividades Especiais -GIATE, que foi criada para contemplar atividades desempenhadas que apresentam conhecimento e esforço adicionais aos previstos.

As referidas gratificações foram criadas em substituição à antiga Gratificação de Incentivo ao Trabalho com Qualidade – GITQ, que prevaleceu durante muitos anos sem critérios definidos para a avaliação.

A concessão das novas gratificações é condicionada à avaliação de indicadores individuais e institucionais. Esse processo só terá efetividade a partir da disseminação da cultura de avaliação de desempenho entre os gestores da Rede SESA, visando fortalecer o ciclo profissionalização–valorização–reconhecimento dos servidores, aliado à busca pela excelência na gestão pública.

Reforçando a visão do Secretário de Saúde sobre o necessário reconhecimento do servidor da SESA, as gratificações foram ampliadas e em caráter excepcional a legislação foi alterada para que a Ascensão Funcional dos servidores, em atraso desde 2012, referente aos anos de 2011 a 2018, fosse efetivada.

A ascensão funcional atingiu em média 6.500 servidores em 2020. A previsão para 2021 é realizar o processo de ascensão funcional referente ao interstício 2015-2018, beneficiando

aproximadamente 4500 servidores.

Cultura de Inovação e transformação digital

Além da transparência, outro pilar fundamental da modernização da gestão pública envolve a progressiva prestação de serviços públicos digitais de maneira integrada, simples e orientada às necessidades do cidadão.

O propósito está claro, busca-se gerenciar toda a força de trabalho da Rede SESA, sejam servidores de carreira, terceirizados ou cooperados. Garantir efetividade ao processo de coleta, organização e análise de dados sobre a vida funcional dos colaboradores.

Contar com a ferramenta de *people anlytics* colabora para a criação de um ambiente transparente e objetivo na Gestão de Pessoas. O foco é o aumento da confiabilidade nos processos e a velocidade das operações, bem como introdução de novas tecnologias que venham trazer melhorias para a prestação de serviços.

Alguns projetos na perspectiva de um RH ágil já estão em fase de implementação: a descentralização das solicitações de aposentadoria digital, para trazer mais celeridade e qualidade ao atendimento dos servidores. A avaliação digital para Ascensão Funcional referente ao interstício 2019-2020 foi disponibilizada para os servidores de saúde de todo o estado. A Vida Funcional Online que irá permitir aos servidores acesso de forma ágil e prática às informações relacionadas à sua vida funcional. O novo sistema de Perfil Profissiográfico Previdenciário que permite ao servidor realizar a solicitação online da documentação, não sendo necessário deslocar-se do interior até a SESA/CE.

Um dos grandes desafios da Coordenadoria de Gestão de Pessoas, para além da transformação digital, é formar uma equipe profissional aberta às mudanças e disposta a ressignificar suas atividades.

Plano de Cargos, Carreira e Salários

Um ganho essencial quando se pensa em Gestão Estratégica de Pessoas é a estrutura salarial equilibrada internamente que concretiza a ideia de justiça e equidade de tratamento entre os diferentes níveis de conhecimento e responsabilidades exigidas para o exercício de cada cargo.

A existência do Plano de Cargos, Carreiras e Salários contribui para a implementação de

política de pessoal eficaz e direciona o corpo funcional para a execução da estratégia de gestão de pessoas que se pretende adotar na organização.

Um dos mais sérios problemas para a gestão de RH, além de contribuir para o surgimento de insatisfação entre os servidores públicos estaduais, é a inexistência ou a inadequação/desatualização dos PCCS, deste modo, um dos projetos com maior impacto será o novo Plano de Cargos, Carreiras e Salários para a Rede SESA.

Inicialmente será formada uma comissão para dedicar-se aos estudos de um novo Plano de Cargos, Carreiras e Salários, considerando lições aprendidas na própria SESA e buscando melhores práticas na administração pública. Caberá à Comissão realizar pesquisas e estudos técnicos, elaborar pareceres, relatórios e documentos que subsidiem as decisões, o planejamento e a formulação de estratégias para implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários.

A SESA, buscando alcançar níveis de excelência na gestão do Sistema de Saúde do Ceará, em 2019 firmou parceria com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein para desenvolver o trabalho de dimensionamento de pessoal, estruturação organizacional e o desenho do modelo de governança para o Hospital Geral de Fortaleza e Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

O projeto teve início em dezembro de 2019 com a realização de um diagnóstico com coleta de dados junto às unidades, quando os consultores puderam conhecer todas as áreas e identificar as atividades ali realizadas bem como protocolos utilizados.

Podemos considerar que o projeto de dimensionamento fortalecerá o caminho para implantação de um novo Plano de Cargos, Carreiras e Salários na rede SESA. Em 2021 a COGEP dará início à descrição de cargos nas unidades da Rede.

Pesquisa de Qualidade de Vida no Trabalho

A pesquisa é um instrumento eficiente de coleta de dados sobre a percepção de todos os funcionários em relação a diversos fatores que influenciam a rotina deles no trabalho. A área de Gestão de Pessoas costuma conduzir este processo alinhada com a alta gestão da instituição para definição das ações que devem ocorrer em consequência dos dados levantados.

O relatório da pesquisa de qualidade de vida no trabalho gera material para todo o planejamento de gestão na instituição, uma vez que aborda temas como ambiente, integração entre as áreas, liderança, aspectos da comunicação interna, efeitos da burocracia, política de capacitação, entre outras.

A Coordenadoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas – COGEP, propôs um questionário para esta pesquisa, com objetivo de conhecer a experiência dos colaboradores em relação aos fatores que afetam o seu desenvolvimento e motivação, além de aspectos da cultura organizacional.

Plano Anual de Desenvolvimento e Capacitação de servidores

A qualificação dos servidores reflete igualmente em ações necessárias para suportar as alterações no fluxo de trabalho, avaliação da qualificação e produtividade da equipe, bem como introdução de novas tecnologias que venham trazer melhorias para a prestação de serviços qualificados.

É importante destacar uma das premissas da COGEP que compreende a qualificação dos servidores, como estratégia de reconfiguração do *modus operandi* dos trabalhadores de saúde, ou seja, estratégia para o fortalecimento dos processos de mudança na gestão e na organização da prestação de ações e serviços, eixos principais da política de saúde adotada na atual gestão.

Buscando o aprimoramento da oferta de qualificação e cursos aos servidores, a COGEP realizou em novembro de 2020 o Levantamento de Necessidade de Capacitação – LNC para área administrativa (meio) e gestores, com todas as unidades da Rede SESA. Aqui devemos lembrar que a qualificação da força de trabalho finalística cabe à Escola de Saúde Pública.

O resultado deste levantamento dará origem ao Plano Anual de Capacitação dos servidores da Rede SESA que firmou parceria com a Escola de Gestão Pública para a execução dos cursos que atendem às necessidades apontadas pelos servidores.

O plano de ação também contempla a publicização de manuais das principais operações da área de Gestão de Pessoas que visa fortalecer a comunicação da Coordenadoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas – COGEP com a Rede SESA, alinhando procedimentos operacionais e informando os servidores sobre devidos encaminhamentos de seu interesse.

Ao analisar, revisar e constantemente comunicar à sociedade a realidade e os caminhos que se está adotando para se chegar ao resultado esperado, ampliam-se não só a transparência da ação pública, mas também a adesão dos atores direta ou indiretamente envolvidos.

Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

4. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

4.1. Eixo Norteador: Formulação de políticas que visem à melhoria da qualidade de vida, o bem estar e felicidade da população Cearense.

4.1.1. Diretriz 1:

Promover / incentivar políticas públicas e instrumentos técnicos, científicos, informativos, que promovam o conhecimento e incorporação de tecnologias em saúde e iniciativas que melhorem as práticas no sistema de saúde.

Objetivo 1: Formular políticas em saúde que contribuam para o acesso com qualidade e satisfação do cidadão.

Meta 1	Formular Políticas de Saúde, passando de 01(uma) em 2020 para 06(seis) até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	1	1	1	2	2
Indicador	Número de políticas formuladas.						

Meta 2	Elaborar 01 política de promoção da saúde para o Estado.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2019	0	0	1	0	0
Indicador	Número de políticas de promoção da saúde elaborada						

Objetivo 2: Potencializar a inovação e economia da saúde como alavanca para o desenvolvimento econômico e social.

Meta 1	Desenvolver Projetos Inovadores, passando de 02 (dois) em 2020 para 06(seis) até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2019	0	2	1	1	2
Indicador	Número de projetos inovadores desenvolvidos nos distritos de inovação em saúde.						

Objetivo 3: Elaborar normas, diretrizes, procedimentos, instrumentos técnicos e informativos que visem o aprimoramento das redes de atenção e serviços, para melhoria da resolutividade e a

eficiência das ações de saúde de forma integrada e regionalizada.

Meta 1	Normatizar as demandas prioritárias estabelecidas pela gestão, com o propósito de contribuir com os profissionais de saúde e dos usuários a respeito da atenção apropriada, passando de 20 em 2020 para 80 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	20	20	40	60	80
Indicador	Número de normas, diretrizes e procedimentos, elaborados de acordos com a demanda.						

Objetivo 4: Produzir linhas de cuidado visando à integralidade na assistência à saúde (ações preventivas, curativas e de reabilitação), proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita.

Meta 1	Elaborar 05 (cinco) Linhas de Cuidado prioritárias, até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	0	0	02	02	01
Indicador	Número de linhas de cuidado elaboradas.						

Objetivo 5: Promover a política estadual de atenção integral à saúde do trabalhador e da trabalhadora no âmbito do SUS no Ceará.

Meta 1	Implantar 01(uma) política estadual de atenção integral à saúde do trabalhador e trabalhadora para o Estado até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2019	0	0	0	1	0
Indicador	Política de atenção integral à saúde do trabalhador e da trabalhadora elaborada e implantada.						

Objetivo 6: Elaborar e/ou atualizar a relação estadual de medicamentos (RESME) a partir da seleção eficiente do elenco de medicamentos que contemple as necessidades de acesso em todos os níveis de atenção.

Meta 1	Elaborar e/ou atualizar a relação estadual de medicamentos (RESME)						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Valor absoluto	2020	01	01	01	01	01
Indicador	RESME elaborada ou atualizada						

Objetivo 7: Desenvolver protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para melhorar a qualidade das decisões clínicas e uniformizar as condutas, com resultados significativos sobre o cuidado à saúde, diminuindo a morbidade e a mortalidade e aumentando a qualidade de vida e a segurança dos pacientes.

Meta 1	Elaborar 04 protocolos clínicos e/ou diretrizes terapêuticas até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2019	0	0	2	1	1
Indicador	Número de protocolos clínicos e/ou diretrizes terapêuticas elaboradas.						

4.2. Eixo Norteador: Direito à atenção a saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade

4.2.1. Diretriz 2:

Qualificar a atenção à saúde e aprimorar as redes de atenção para melhorar a resolutividade e a eficiência das ações de saúde de forma integrada, equânime e regionalmente bem distribuída.

Objetivo 1: Qualificar a Atenção Primária no Estado do Ceará

Meta 1	Reduzir em 2,2% as internações por condições sensíveis a Atenção Primária, de 106,77/10.000 em 2018 para 104,42/10.000 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Taxa	2018	106,77	106,18	105,59	105,01	104,42
Indicador	Taxa de internação por condições sensíveis a Atenção Primária						

Meta 2	Ampliar para 50% o número de unidades de saúde com prontuário eletrônico, de13,40% em 2019 para 50% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2019	13,40	20	30	40	50
Indicador	Percentual de Unidades de Saúde Informatizadas com Prontuário eletrônico						

Meta 3	Aumentar em 1,6% a proporção de cura nas coortes dos novos casos de tuberculose pulmonar bacilífera, de 63,7% em 2018 para 73% até 2023, na População Privada de Liberdade.

	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Percentual	2018	63,7%	70%	71%	72%	73%
Indicador	Proporção de cura nas coortes dos novos casos de tuberculose pulmonar bacilífera na População Privada de Liberdade						

Meta 4	Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, de 81,63% em 2018 para 82% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2018	81,63	82	82	82	82
Indicador	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família						

Meta 5	Ampliar o percentual de cobertura populacional de saúde bucal na atenção básica, de 66,89% em 2018 para 72% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2018	66,89%	69	70	71	72
Indicador	Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária						

Objetivo 2: Fortalecer e ampliar a Rede Materno Infantil no âmbito do estado.

Meta 1	Reduzir em 2,2 a taxa de mortalidade infantil, de 11,90 óbitos/1.000NV, em 2018 para 9,70 óbitos /1.000NV até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Óbitos por 1000 Nascidos Vivos	2018	11,90	11,3	10,50	10,10	9,70
Indicador	Taxa de mortalidade infantil						

Meta 2	Reduzir em 2,2 a taxa de mortalidade neonatal, de 8,80 óbitos/1.000NV, em 2018 para 6,60 óbitos /1.000NV até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	óbitos de menores de 28 dias por mil nascidos	2018	8,80	7,50	7,20	6,90	6,60
Indicador	Taxa de mortalidade neonatal						

Meta 3	Reduzir em 11,1 a razão da mortalidade materna, de 61,10 óbitos/100.000NV, em 2018 para 50 óbitos /100.000NV até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Óbitos por 100 mil Nascidos Vivos	2018	61,10	52,50	51,70	50,90	50,0
Indicador	Razão de mortalidade materna						

Objetivo 3: Fortalecer e Ampliar a Rede de Atenção as Condições Crônicas

Meta 1	Ampliar a Razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, de 0,18 em 2018 para 0,32 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Procedimentos por mulher na faixa etária	2018	0,18	0,23	0,26	0,30	0,32
Indicador	Razão de exames de mamografia de rastreamento, realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.						

Meta 2	Reduzir em 16 óbitos por 100 mil habitantes a taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), passando de 272,7 em 2020 para 256,7 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	óbitos por 100 mil habitantes	2020	272,70	272,70	267,20	261,90	256,70
Indicador	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).						

Objetivo 4: Fortalecer e ampliar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

Meta 1	Adequar 08(oito) hospitais da Rede Hospitalar do Estado, à legislação e as normas técnicas de Acessibilidade até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2019	0	2	2	2	2
Indicador	Número de hospitais da Rede Hospitalar do Estado com acessibilidade de acordo com a legislação e normas técnicas vigentes						

Meta 2	Ampliar e adequar 04 Policlínicas para implantação dos Centros Especializados em Reabilitação até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2019	0	2	2	0	0
Indicador	Número de Centros Especializados em Reabilitação implantado nas Policlínicas						

Objetivo 5: Promover a assistência social às pessoas com necessidades especiais.

Meta 1	Garantir atendimento de 100% dos pacientes cadastrados por meio de concessão de benefícios essenciais para o tratamento da Alergia a Proteína ao Leite de Vaca – APLV.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2019	100	100	100	100	100
Indicador	Percentual de benefícios concedido						

Meta 2	Garantir atendimento de 100% dos pacientes cadastrados por meio da concessão de bolsas e acessórios para o tratamento dos ostomizados.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2019	100	100	100	100	100
Indicador	Percentual de benefícios concedido						

***Pessoas atendidas em novembro/2019**

Meta 3	Garantir atendimento de 100% dos pacientes cadastrados por meio fornecimento de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção - OPM e curativos para pessoas com diagnosticadas de Epidermólise Bolhosa.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2019	-	100	100	100	100
Indicador	Percentual de benefícios concedido						

Meta 4	Garantir a concessão de dietas e suplementos nutricionais domiciliar portadores de patologias específicas e erros inatos, passando de 3.884 em 2019 para 4.279 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2019	3.884	4.058	4.126	4.216	4.279

Indicador	Número de benefícios concedido

Objetivo 6: Fortalecer e ampliar a Rede de Urgência e Emergência.

Meta 1	Reduzir a Taxa de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC), de 45,9/100.000 hab em 2018 para 41/100.000hab até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Óbitos por 100 mil habitantes	2018	45,90*	44,00	43,00	42,00	41,00
Indicador	*Taxa de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC)						

*Dados parciais, sujeitos a revisão *

Meta 2	Reduzir a Taxa de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio, de 42,20/100.000hab em 2018 para 31/100.000hab até 2023 (IAM).						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
	Óbitos por 100 mil habitantes	2018	42,20*	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
				34,00	33,00	32,00	31,00
Indicador	Taxa de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)						

*Dados parciais, sujeitos a revisão *

Meta 3	Implantar 24 UTI até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2018	-	12	04	04	04
Indicador	Número de UTIs implantadas.						

*Dados parciais, sujeitos a revisão.

Objetivo 7: Tornar o processo de atendimento mais acessível, rápido, resolutivo e humanizado.

Meta 1	Reduzir o tempo médio de permanência de pacientes internados em hospitais da rede própria da SESA, de 17,8 em 2018 para 14,49 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número de dia	2018	17,8	16,91	16,06	15,26	14,49
Indicador	Tempo Médio de Permanência de pacientes internados em hospitais da rede própria da SESA.						

Meta 2	Manter em 85% Taxa de ocupação dos leitos das unidades hospitalares da rede própria da SESA até 2023.

	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Percentual	2018	88,50	85	85	85	85
Indicador	Taxa de ocupação dos leitos das unidades hospitalares da rede própria da SESA						

Meta 3	Aumentar o percentual de utilização da capacidade instalada das Policlínicas, passando de 30% em 2018 para 90% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2018	30	60	70	80	90
Indicador	Percentual de utilização da capacidade instalada das Policlínicas						

Meta 4	Aumentar o percentual de utilização da capacidade instalada dos Centros de Especialidades Odontológico, passando de 30% em 2018 para 90% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2018	30	60	70	80	90
Indicador	Percentual de utilização da capacidade instalada dos Centros de Especialidades Odontológicos						

Objetivo 8: Fortalecer a Assistência Farmacêutica na formulação e implementação de políticas e programas, de forma integrada a rede de atenção a saúde.

Meta 1	Garantir 80% da pactuação de medicamentos da Atenção Primária aos 184 municípios cearenses, através de políticas públicas (política nacional de assistência farmacêutica e política nacional de medicamentos), passando de 70% em 2020 para 80% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	70	70	75	80	80
Indicador	Percentual de medicamentos distribuídos aos municípios.						

Meta 2	Garantir apoio para 82 serviços de fitoterapia, passando de 28 em 2020 para 82 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	28	28	18	18	18
Indicador	Serviços de fitoterapia apoiado						

Meta 3	Garantir o apoio na implantação do serviço de farmácia clínica, unidades de saúde estaduais, passando de 4 em 2020 para 8 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	4	4	1	1	2
Indicador	Número de serviços implantados.						

Objetivo 9: Promover a saúde mental integral e de qualidade nas Redes de Atenção Psicossocial.

Meta 1	Reduzir em 1,2 a taxa de mortalidade por suicídio, passando de 7,20 em 2018 para 6,0 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	óbitos por 100 mil habitantes	2018	7,20	6,8	6,6	6,3	6,0
Indicador	Taxa de mortalidade específica por causas externas (suicídio)						

Meta 2	Elaborar projetos e programas voltados para saúde mental e uso problemático de álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial, passando de 05 em 2019 para 11 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2019	05	11	11	11	11
Indicador	Número de ações e atividades de prevenção realizadas nas regiões de saúde.						

Meta 3	Reduzir em 1% o tempo médio de permanência na internação por transtornos mentais, em hospitais, passando de 27,4 em 2017 para 26 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número de dia	2017	27,4	27	26,8	26,4	26
Indicador	Tempo médio de permanência em internação por transtorno mental.						

Objetivo 10: Fortalecer a regulação e controle do Sistema Único de Saúde no Estado.

Meta 1	Garantir 100% de 1.251.996 dos serviços de regulação de média e alta complexidade por meio de leitos de retaguarda e UTI, cirurgias eletivas, transplantes de órgãos, petscan e oxigenoterapia / hiperbárica e tratamento fora domicílio, até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	25	25	50	75	100

Indicador	Percentual de serviços realizados e procedimentos regulados.

Meta 2	Manter anualmente em 1.000, os serviços de média e alta complexidade por meio de leitos de retaguarda e UTI, cirurgias eletivas, transplantes de órgãos, petscan e oxigenoterapia / hiperbárica.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Indicador	Número de serviços realizados						

Meta 3	Reduzir o tempo médio em dias entre a realização do exame e a disponibilização do laudo ambulatorial, passando de 10 em 2020 para 7 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número de dia	2020	10	10	09	08	07
Indicador	Tempo médio entre a realização do exame e a disponibilização do laudo ambulatorial						

Objetivo 11: Articular a oferta de serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo acesso de modo integrado e regionalizado.

Meta 1	Promover a implantação/implementação de 100% das Redes temáticas e assistenciais prioritárias definidas pelo Estado, nas cinco regiões de saúde, passando de 20 em 2019 para 45 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2018	20	27	45	45	45
Indicador	Número de Redes de Atenção à Saúde (RAS) implantadas/implementadas nas Regiões de Saúde.						

Objetivo 12: Fortalecer e ampliar a rede estadual em saúde do trabalhador e da trabalhadora no âmbito do SUS no Ceará.

Meta 1	Formular as linhas de cuidado em doenças relacionadas ao trabalho, passando de 1 em 2020 para 6 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	0	1	2	2	1
Indicador	Número de linhas de cuidado em doenças relacionado ao trabalho formuladas.						

Meta 2	Implantar núcleos e/ou referências em saúde do trabalhador e da trabalhadora nos municípios, passando de 0 em 2019 para 20 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2019	0	3	6	6	5
Indicador	Implantar núcleos e/ou referências técnicas em STT implantados nos municípios.						

Meta 3	Implantar 01 Coordenadoria Estadual em saúde do trabalhador e trabalhadora na estrutura da SESA até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2019	0	0	0	0	1
Indicador	Coordenadoria Estadual em saúde do trabalhador e trabalhadora implantada.						

Objetivo 13: Implantar a Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde – ARQS de forma escalonada até 2023.

Meta 1	Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde – ARQS em pleno funcionamento até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	-	1	1	1	1
Indicador	Autoridade Reguladora da Qualidade dos Serviços de Saúde – ARQS implantada plenamente.						

Objetivo 14: Fortalecer mecanismos de regulamentação, monitoramento, avaliação, fiscalização e controle da qualidade das ações e dos serviços de saúde.

Meta 1	Atuar na regulamentação, monitoramento, avaliação, fiscalização e controle da qualidade das ações e dos serviços de saúde.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	-	0	20	30	50
Indicador	Percentual de Serviços de saúde, cadastrados no CNES, alcançados com pelo menos uma intervenção/atuação da ARQS.						

Objetivo 15: Qualificar ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19

Meta 1	Manter a média de até 57 horas o tempo da regulação para leitos de enfermaria COVID-19 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Valor absoluto (V.A)	2020	32	32	57	57	57

Indicador	Tempo médio de Regulações para Leitos de Enfermaria COVID-19

Meta 2	Manter a média de até 66 horas o tempo da regulação para leitos de UTI COVID-19 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Valor absoluto (V.A)	2020	24	24	66	66	66
Indicador	Tempo médio de Regulações para Leitos de UTI COVID-19						

Meta 3	Garantir oferta de leitos de UTI COVID-19 nas unidades hospitalares da rede própria do Estado, mantendo a taxa de ocupação em percentual que não exceda a 85% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	85,6%	85,6%	85%	85%	85%
Indicador	Taxa de ocupação UTI COVID-19						

Meta 4	Implantar a Casa de Cuidado do Ceará em pleno funcionamento até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2021	01	-	01	-	-
Indicador	Número de Casa de Cuidado do Ceará implantadas e funcionando						

4.3. Eixo Norteador: Prevenção de doenças e promoção da saúde do cidadão.

4.3.1. Diretriz 3:

Prevenção de doenças e promoção da saúde para reduzir os agravos e doenças, bem como os riscos à saúde da população.

Objetivo 1: Promover as ações de vigilância epidemiológica controle de doenças e agravos.

Meta 1	Reduzir em 13,15 a taxa de mortalidade por causas externas (acidentes de trânsito, homicídios e suicídios), passando de 92,2 óbitos/100mil hab. Em 2020 para 79,1 óbitos/100mil hab. em 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Óbitos por 100 mil habitantes	2020	92,2	92,2	87,6	83,3	79,1
Indicador	Taxa de mortalidade por causas externas (acidentes de trânsito, homicídios e suicídios).						

Meta 2	Aumentar 15,6% da proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados anos das coortes, passando de 74,4% em 2019 para 90% até 2023.

	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Percentual	2019	74,4	88	90	90	90
Indicador	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados anos das coortes.						

Meta 3	Aumentar em 8,6% a proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados, passando de 81,4% de casos em 2019 para 90% até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2019	81,4	90	90	90	90,00
Indicador	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados						

Meta 4	Reduzir 1,2 a taxa de detecção de Aids em menores de 5 anos, passando de 1,3 por 100.000 hab. em 2020 para 0,1 por 100.00 hab. até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Casos novos por 100 mil habitantes	2020	1,3	1,3	0,9	0,5	0,1
Indicador	Taxa de detecção de aids em menores de 5 (cinco) anos.						

Meta 5	Reduzir a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade de 11,4 por 1.000 NV em 2020 para 6,3 por 1.000 NV até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Casos por mil nascidos vivos	2020	11,4	11,4	9,7	8,0	6,3
Indicador	Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.						

Meta 6	Aumentar em 21,6% os casos suspeitos de doenças exantemática notificados em até 24 horas após a data do início dos sintomas, passando de 38,4%em 2020 para 60% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	38,4	38,4	44,5	51,7	60,0
Indicador	Proporção de casos suspeitos de doença exantemática notificados em até 24 horas após a data do início do exantema.						

Meta 7	Aumentar em 15% os surtos de doenças de transmissão hídrica alimentar (DTHA) investigados com coleta de amostra, passando de 50% em 2019 para 65 % até 2023.			
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**

				2020	2021	2022	2023
	Percentual	2019	50	50	55	60	65
Indicador	Proporção de surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA) investigados com coleta de amostras.						

Meta 8	Ampliar em 56,3% a proporção de municípios com adesão a Vigilância dos fatores de risco e proteção para as DCNT, passando de 16% em 2020 a 25% em 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	16	16	22	23	25
Indicador	Proporção de municípios com adesão a Vigilância dos fatores de risco e proteção para as DCNT.						

Meta 9	Monitorar a implantação das equipes mínimas de vigilância em saúde nas regiões de saúde até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	01	01	02	03	05
Indicador	Número de regiões de saúde com equipe mínima de Vigilância em Saúde implantada.						

Meta 10	Manter pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares com 80% de cobertura em cada ciclo, no período de 2020 a 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	4	4	4	4	4
Indicador	Número de ciclos de visitas domiciliares com 80% de cobertura em cada ciclo no período de 2020 a 2023.						

Meta 11	Reduzir em 630,2 a taxa de incidência dos casos de arboviroses de 630,2 em 2020 para 322,6 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Casos novos por 100 mil habitantes	2020	630,2	630,2	504,2	403,3	322,6
Indicador	Taxa de incidência de casos de Arboviroses.						

Meta 15	Garantir a busca ativa (exame ocular externo) em 50% da população de 1 a 10 anos dos municípios prioritários para o tracoma evitando assim a perda da visão, no período de 2020 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	50	50	50	50	50
Indicador	Proporção de escolares examinados na faixa etária de 01 a 10 anos de idade para o tracoma.						

Meta 13	Aumentar em 5% a proporção de cura nas coortes dos novos casos de tuberculose pulmonar bacilífera, passando de 70% em 2020 para 75 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	70	70	72	73	75
Indicador	Proporção de cura nas coortes dos novos casos de tuberculose pulmonar bacilífera.						

Meta 14	Aumentar em 5% o número de contatos examinados entre os casos novos de Tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, passando de 80% em 2020 para 85% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	80	80	82	83	85
Indicador	Proporção de contatos examinados entre os casos novos de Tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.						

Objetivo 2: Promover as ações de imunização.

Meta 1	Manter em 100% a Proporção de vacinas (Pentavalente, Pneumocócica 10v, Poliomielite e Tríplice Viral) do Calendário Básico de Vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas (= ou >95%) no período de 2020 até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	100	100	100	100	100
Indicador	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas.						

Meta 2	Reduzir em 4% a taxa de abandono no esquema de vacinação da Tríplice Viral, passando de 15% em 2019 para 11% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2019	15	14	13	12	11
Indicador	Taxa de abandono no esquema de vacinação da Tríplice Viral.						

Meta 3	Ampliar em 10,1% a proporção de salas de vacinas com alimentação mensal do SIPNI, por município, passando de 80,9 em 2019 a 90% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**

	Percentual	2019	80,9	85	87	89	90
Indicador	Proporção de salas de vacinas com alimentação mensal do SIPNI, por município.						

Meta 4	Aumentar em 0,7 a taxa de notificação de doenças em eliminação preveníveis por vacinas, passando de 3,3 em 2020 para 4,0 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número de casos por 100 mil habitantes	2020	3,30	3,30	3,50	3,80	4,00
Indicador	Taxa de notificação de doenças em eliminação preveníveis por vacinas.						

Meta 5	Implementar 1 rede de frio em cada região de saúde até o ano de 2023, totalizando 5 redes de frio.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	1	1	1	1	2
Indicador	Implementar 5 Centrais de Rede de Frio em cada região de saúde para armazenamento e distribuição adequada de imunobiológicos dos seus municípios de abrangência.						

Meta 6	Descentralizar o CRIE estadual para duas regiões de saúde do Estado até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	0	0	1	0	1
Indicador	Ampliar dois Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) em duas regiões de saúde do Estado para atendimento oportuno de acordo com a necessidade dos municípios.						

Objetivo 3: Promover ações de vigilância entomológica e controle de vetores.

Meta 1	Implantar a vigilância das rickettsioses em 40 municípios, passando de 8 em 2020 para 40 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	8	8	10	11	11
Indicador	Número de municípios com a vigilância das Rickettsioses implantada						

Meta 2	Implantar a estratégia de encoleiramento para controle de LVC em municípios com área de transmissão muito intensa e alta, passando de 20% em 2020 para 100% em 2023. (NOVO)			
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**

				2020	2021	2022	2023
	Percentual	2020	20	20	20	20	40
Indicador	Proporção de municípios com estratégia de encoleiramento para controle de LVC em áreas com transmissão muito intensa e alta.						

Meta 3	Proporção de municípios realizando o monitoramento entomológico nas áreas que implantaram a estratégia de encoleiramento e controle da LVC, passando de 20% em 2020 para 100%						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	20	20	20	20	40
Indicador	Proporção de municípios realizando o monitoramento entomológico nas áreas que implantaram a estratégia de encoleiramento e controle da LVC						

Meta 4	Implantar 5 (cinco) Unidade de Vigilância de Zoonose (UVZ) nas cinco regionais de saúde no estado do Ceará						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	0	0	0	1	4
Indicador	Número de Unidade de Vigilância de Zoonose (UVZ) implantada nas cinco superintendências regionais de saúde no estado do Ceará.						

Meta 5	Implantar Laboratório de entomologia, vetores, reservatórios, hospedeiros e animais peçonhentos, nas cinco Regionais de Saúde no estado do Ceará, até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	1	0	2	2	1
Indicador	Número de laboratórios de entomologia, vetores, reservatórios, hospedeiros e animais peçonhentos, implantados até 2023						

Meta 6	Aumentar em 20 % a proporção de unidades domiciliares pesquisadas em relação às programadas por município conforme risco de transmissão vetorial da Doença de Chagas, passando de 65% em (2020) para 85% até (2023).						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2019	65	70	75	80	85
Indicador	Proporção de unidades domiciliares pesquisadas em relação às programadas por município conforme risco de transmissão vetorial da Doença de Chagas.						

Meta 7	Realizar monitoramento entomológico dos vetores da malária e leishmanioses em 33,3% do total de 9 áreas que estão no trecho do cinturão das águas (Ramal litoral 1, Eixão das águas e trecho do Cariri) no Ceará, até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	0	0	33,3	33,3	33,3
Indicador	Percentual de áreas realizando o monitoramento entomológico dos vetores da malária e leishmanioses no trecho do cinturão das águas no Ceará.						

Meta 8	Implantar 5 (cinco) Ultra Baixo Volume (UBV), nas cinco regionais de saúde no Estado do Ceará.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	0	0	0	2	3
Indicador	Número de UBVs, implantadas nas cinco superintendências regionais de Saúde no estado do Ceará.						

Objetivo 4: Promover as ações de Informação e Resposta às Emergências em Saúde Pública.

Meta 1	Ampliar em 1,9% a proporção de casos de doenças de notificação compulsórias imediata (DCNI) encerradas em até 60 dias após notificação, passando de 78,1% em 2019 para 80% até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2019	78,1	80	80	80	80
Indicador	Proporção de casos de doenças de notificação compulsórias imediata (DCNI) encerradas em até 60 dias após notificação.						

Objetivo 5: Promover as ações de vigilância ambiental.

Meta 1	Aumentar em 6% a proporção de amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez passando de 90% em (2020) para 96% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2019	89,5	90	92	94	96
Indicador	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez						

Objetivo 6: Promover ações de vigilância sanitária para o controle do Risco Sanitário em produtos e serviços de saúde.

Meta 1	Aumentar o percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios, passando de 70% em 2020 para 90% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2018	76	70	80	85	90
Indicador	Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios.						

Meta 2	Aumentar a proporção de óbitos relacionados a eventos adversos investigados nos serviços de saúde do Ceará, passando de 50% em 2020 para 70% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	50	50	60	65	70
Indicador	Proporção de óbitos relacionados a eventos adversos investigados nos serviços de saúde do Ceará.						

Meta 3	Aumentar a Proporção de *Never Events* investigados nos serviços de saúde do Ceará, passando de 50% em 2020 para 70% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	50	50	60	65	70
Indicador	Proporção de *Never Events* investigados nos serviços de saúde do Ceará.						

Objetivo 7: Promover estratégias intersetoriais de Promoção da Saúde. (COPIS)

Meta 1	Implantar 5 comitês intersetoriais de promoção de saúde até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2019	0	1	4	-	-
Indicador	Número de comitês implantado.						

Meta 2	Pactuar Termo de Compromisso Assinados de Projetos Intersetoriais de Promoção da Saúde para os 64 municípios até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2019	0	0	10	20	34
Indicador	Municípios com Termo de Compromisso Assinados.						

Objetivo 8: Promover as ações de vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora no âmbito

do SUS no Ceará.

Meta 1	Ampliar em 6% a proporção de municípios com caso de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados, passando de 90% em 2020 para 96% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2019	87	90	92	94	96
Indicador	Percentual de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.						

Meta 2	Ampliar em 50% o percentual de declaração de óbito com o campo acidente de trabalho adequadamente preenchido, passando de 10% em 2020 para 60% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2019	-	10	15	15	20
Indicador	Percentual de declaração de óbito com o campo Acidente de Trabalho adequadamente preenchido						

Objetivo 9: Qualificar ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19

Meta 1	Aumentar o número de solicitações de selo lazer/ensino seguro, demandadas pelos estabelecimentos elegíveis passando de 450 em 2021 até 550 até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número Absoluto	2021	450	-	450	500	550
Indicador	Número de estabelecimentos qualificados com o Selo Lazer/Ensino Seguro						

Meta 2	Atender as demandas da sociedade através dos sistemas de ouvidorias e controle social (OUVIDOR SUS/SOU), passando de 80% em 2021 para 100% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2021	80	-	80	90	100
Indicador	Proporção de denúncias atendidas relacionadas ao descumprimento dos Decretos Estaduais da COVID19						

Meta 3	Implantar 5 centros de informações estratégicas em vigilância em saúde – CIEVS, nas regiões de saúde do estado até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número Absoluto	2021	01	-	01	02	02
Indicador	Número de CIEVS regionais implantados						

Meta 4	Otimizar a tomada de decisão baseada no tempo de resposta laboratorial, em até 3 dias, passando de 62% em 2020 e mantendo em 90% até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	62	62	90	90	90
Indicador	Percentual de resultados dos exames de biologia molecular entregues em até 3 dias						

Meta 5	Ampliar a capacidade de diagnóstico para vírus respiratórios (COVID-19 e outros vírus respiratórios), passando de 25% em 2020 e mantendo em 60% até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	25	25	60	60	60
Indicador	Proporção de SRAG/SG com agente etiológico identificado						

Objetivo	**Qualificar ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19**						
Meta 6	Manter em 90% os óbitos domiciliares atendidos pelo SVO suspeitos de Covid-19 até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2021	90%	-	90%	90%	90%
Indicador	Proporção de óbitos domiciliares suspeitos de Covid-19 com investigação concluída						

4.4. Eixo Norteador: Gestão da rede de conhecimento, educação, tecnologia e inovação em saúde.

4.4.1. Diretriz 4:

Ampliar e integrar a intersetorialidade, promovendo a gestão do conhecimento, força de trabalho, pesquisa, educação, inovação e inteligência na política pública de saúde.

Objetivo 1: Fomentar a produção e utilização de dados e informações para subsidiar as tomadas de decisão, aprimoramento e desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais no estado do Ceará.

Meta 1	Disponibilizar 1 (uma) plataforma digital com webTV e Webrádio até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	-	-	-	-	1
Indicador	Plataforma digital disponibilizada						

Meta 2	Desenvolver 1 (um) sistema de inteligência em saúde a partir de 2020 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Valor Ref.**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	-	-	-	-	1
Indicador	Sistema de Inteligência Desenvolvido						

Objetivo 2: Ampliar o acesso do trabalhador de saúde e do cidadão quanto a formação para promoção da saúde.

Meta 1	Ampliar em 100% o número de acessos nas plataformas digitais de promoção da saúde até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	25	25	25	25	25
Indicador	Ampliação de acessos às plataformas digitais						

Objetivo 3: Implementar estratégias de promoção e disseminação do conhecimento técnico-científico alinhadas às políticas de saúde.

Meta 1	Implantar 1(uma) Rede de Pesquisa até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	-	-	-	-	1
Indicador	Rede de pesquisa implantada						

Meta 2	Ampliar o percentual de pesquisas desenvolvidas atendendo as linhas de cuidado definidas pela atual política de saúde, passando de 10% em 2020 para 18% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	10	10	12	15	18
Indicador	Pesquisas desenvolvidas por linhas de cuidado definidas pela atual política de saúde						

Objetivo 4: Consolidar a integração ensino-serviço comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Meta 1	Implantar a Rede Saúde Escola.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	-	-	-	-	1
Indicador	Rede de Saúde Escola implantada						

Meta 2	Desenvolver Sistema de Teleducação em saúde até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	-	-	-	-	1
Indicador	Sistema de Teleducação em saúde desenvolvido						

Objetivo 5: Implementar programas de formação e capacitação alinhados à política de gestão do trabalho e às demandas do sistema e dos serviços de saúde.

Meta 1	Ampliar o percentual de trabalhadores de saúde formados e capacitados para os sistemas e serviços de saúde, de 19,93% (2018) para 24,22% (2023)						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2018	19,93	20,92	21,97	23,07	24,22
Indicador	Trabalhadores de saúde formados e capacitados nos serviços de saúde						

Meta 2	Ampliar o percentual dos profissionais de saúde que concluíram o programa de residência médica						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2018	77,97	80,30	82,70	84,30	86,00
Indicador	Profissionais de saúde que concluíram o programa de residência médica						

Meta 3	Ampliar o percentual dos profissionais de saúde que concluíram o programa de residência multiprofissional.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2018	75,53	100	100	100	100
Indicador	Profissionais de saúde que concluíram o programa de residência multiprofissional						

Meta 4	Número de supervisores capacitados e beneficiados pelo programa de valorização dos supervisores dos programas de residência em saúde do Estado do Ceará						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	-	-	194,0	225,0	250,0	300,0
Indicador	Supervisor qualificado						

Objetivo 6: Qualificar ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19

Meta 01	Garantir formação dos trabalhadores da saúde (fisioterapeutas,enfermeiros, médicos e engenheiros clínicos) no manejo adequado do dispositivo ELMO, atingindo 1,34% dos trabalhadores em saúde em 2021; 1,10% em 2022; e 0,90%em 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	-	-	-	1,34	1,10	0,90
Indicador	Profissionais capacitados em habilidades do manejo adequado do dispositivo Elmo						

Meta 02	Aumentar 90% dos eventos em referência ao covid-19 para profissionais da saúde e comunidade em geral, passando de 03 em 2020 para 30 eventos anuais, totalizando 90 eventos até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	03	03	30	30	30
Indicador	Número de eventos realizados com ações de educação em saúde para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação do covid-19						

Meta 03	Realizar 18 pesquisas no contexto da covid-19 até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	3	3	3	6	6
Indicador	Número de pesquisas realizadas no contexto da covid-19						

4.5. Eixo Norteador: Gestão e governança do SUS com transparência e integridade.

4.5.1. Diretriz 5:

Aprimorar mecanismos e instrumentos gerenciais para a qualificação da gestão e ampliação da participação dos atores sociais na governança do SUS.

Objetivo 1: Fortalecer a rede de ouvidorias do SUS no Estado

Meta 1	Aumentar o número de ouvidorias do SUS no Estado, passando 126 em 2019 para 159 até 2023

	Unidade de Medida	Ano Ref.	Valor Ref.	Meta Anual			
				2020	2021	2022	2023
	Número absoluto	2019	126	0	11	11	11
Indicador	Número de ouvidorias implantadas						

Meta 2	Qualificar as ouvidorias do SUS no Estado, com abrangência nas 5 regiões de saúde.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2019	03	02	12	12	12
Indicador	Número de ação de capacitação realizada						

Objetivo 2: Promover a divulgação das ações, políticas públicas e serviços de saúde.

Meta 1	Realizar 100% de eventos em conformidade com as demandas das regiões de saúde e SESA, totalizando em 2.037 eventos até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	456	456	491	525	565
Indicador	Número de eventos realizados.						

Objetivo 3: Promover a governança em rede integrada e regionalizada.

Meta 1	Implantar/estruturar as superintendências Regionais de Saúde, em 100% das regiões de saúde visando o fortalecimento da governança regional e a qualificação da gestão estadual do sistema de saúde no nível Regional, passando de 0(zero) em 2019 para 5(cinco) até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2018	Zero	05	05	05	05
Indicador	Número de Superintendências implantadas/estruturadas e funcionando nas 05 (cinco) Regiões de Saúde.						

Meta 2	Implantar as Comissões Intergestoras Regionais (CIR) nas 05 (cinco) Regiões de Saúde, visando a participação dos diversos atores sociais envolvidos no processo de Governança Regional.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2018	Zero	05	05	05	05
Indicador	Total de Comissões Intergestoras Regionais (CIR) implantadas e funcionando.						

Meta 3	Garantir a participação do Estado no financiamento do todas as Unidades Consorciadas: Policlínicas (19) e Centro de Especialidades Odontológicas - CEO's (22) ampliando de 41 em 2018 para 44 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2018	41	44	44	44	44
Indicador	Número de Unidades mantidas (Policlínicas e CEO's)						

Meta 4	Elaborar os cinco Planos Regionais de Saúde (PRS) até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número Absoluto	-	-	01	04	00	00
Indicador	Número de PRS elaborado.						

Objetivo 4: Fortalecer a gestão de pessoas, promovendo ações de valorização de trabalhadores e trabalhadoras da SESA no âmbito do SUS.

Meta 1	Promover ações voltadas para a valorização do trabalho, através da implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários da SESA até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	Zero	-	-	1	-
Indicador	Planos de cargos, carreiras e salários implantado						

Meta 2	Garantir a implantação e atualização de promoção funcional, em conformidade com o período anualmente determinado nas normas legais vigentes passando de 1(uma) em 2012 para 10(dez) até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2012	1	3	3	3	1
Indicador	Promoção funcional anualmente implantada.						

Objetivo 5: Promover a estruturação física e tecnológica da informação e comunicação no âmbito do SUS no Estado.

Meta 1	Implementar serviços para a modernização tecnológica em 11(onze) unidades hospitalares até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2019	Zero	2	5	2	2
Indicador	Número de unidades hospitalares com sistema implementado.						

Objetivo 6: Fortalecimento da regionalização, viabilizando através da implantação de mecanismos de gestão.

Meta 1	Implantar a Fundação Regional de Saúde – Funsaúde até 2022						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	-	1	1	1	-
Indicador	Composição do repasse de capital inicial da Funsaúde						

Objetivo 7: Qualificar ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19

Meta 01	Disponibilizar a população plataforma de atendimento clínico na forma virtual, passando de 135000 em 2020 para 675000 até 2023, garantido apoio a saúde pública.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2020	135000	135000	315000	495000	675000
Indicador	Quantidade de Atendimento clínico a COVID através de plataforma virtual.						

Meta 02	Disponibilizar a plataforma Saúde digital – para o Cadastro Estadual de Vacinação Contra COVID- 19, conforme as etapas de vacinação preconizadas pelo Ministério da Saúde até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2021	1	-	1	1	1
Indicador	Plataforma Saúde Digital disponível para o cadastro estadual de vacinação.						

4.5.2. Diretriz 6:

Aprimorar a participação dos atores sociais na governança dos SUS na formulação, fiscalização e monitoramento dos instrumentos e mecanismos do processo de planejamento e gestão do SUS.

Objetivo 1: Promover a participação e controle social na política pública de saúde.

Meta 1	Aumentar de 20% para 100%, conselhos de saúde em pleno funcionamento por meio das resoluções que deliberam sobre instrumentos de planejamento e gestão (planos de saúde, programações anuais de saúde e relatórios anuais de gestão), passando de 37 em 2018 para 184 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2018	20	25	50	75	100
Indicador	Percentual dos conselhos de saúde em pleno funcionamento.						

Meta 2	Promover ações de participação e controle social por meio de eventos, passando de 80 em 2018 para 720 até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2018	80	129	108	106	297
Indicador	Número de eventos realizados.						

Meta 3	Implantar Comissões Regionais de Saúde (CRS) do CESAU nas 05 Regiões de Saúde, com um apoio técnico designado pela Secretaria Executiva do CESAU em cada superintendência regional, visando a participação do Controle Social no processo de Governança Regional e Estadual de Saúde.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Número absoluto	2019	zero	-	3	2	-
Indicador	Número de Comissões Regionais de Saúde implantadas						

Meta 4	Estruturação do CESAU, física e tecnologicamente até 2023						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	-	100	100	100	100
Indicador	Compra de equipamentos físico e tecnológico						

4.5.3. Diretriz 7:

Fortalecer e contribuir com a Gestão do SUS através das ações de Auditoria.

Objetivo 1: Desenvolver e aprimorar as atividades de auditoria como ferramenta para otimização da gestão do SUS.

Meta 1	Atender até 60% das demandas externas de auditoria ao ano, passando a 80% até2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	60	60	60	60	80
Indicador	Percentual de auditorias realizadas ao ano.						

Meta 2	Auditar os serviços de oncologia do SUS na estimativa de 50%, iniciando em 2022.			
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**

				2020	2021	2022	2023
	Percentual	2020	0	0	0	25	50
Indicador	Percentual de auditorias realizadas ao ano.						

Meta 3	Realizar auditoria dos serviços contratualizados (diretos, consórcios e Organizações Sociais – OS) estimando em 60% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	0	0	20	40	60
Indicador	Percentual de auditorias realizadas ao ano.						

Meta 4	Auditar os serviços hospitalares próprios com estimativa de 60% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	0	0	20	40	60
Indicador	Percentual de auditorias realizadas ao ano.						

Meta 5	Auditar contratos de cooperativas de profissionais de serviços de saúde numa estimativa de 60% até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	0	0	20	40	60
Indicador	Percentual de auditorias realizadas ao ano.						

Meta 6	Promover cooperação técnica a 40% dos municípios em conformidade ao SNA, iniciando em 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	0	0	0	0	40
Indicador	Percentual de municípios cooperados ao ano.						

Meta 7	Estruturar em 100% o Serviço Estadual de Auditoria até 2023.						
	Unidade de Medida	**Ano Ref.**	**Valor Ref.**	**Meta Anual**			
				2020	**2021**	**2022**	**2023**
	Percentual	2020	0	10	20	60	100
Indicador	Percentual de serviço estruturado ao ano.						

Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação dos Recursos Financeiros do Estado aos Municípios

5. Metodologia e Critérios de Transferência de Alocação dos Recursos Financeiros do Estado aos Municípios

I. Identificação: Manutenção dos Hospitais de Pequeno Porte - Contrapartida

Programa- (631) Atenção à Saúde Perto do Cidadão
Iniciativa - (631.1.01) Promoção da oferta de serviços das Redes de Atenção à Saúde

II. Justificativa

O Ministério da Saúde ao realizar um diagnóstico dos hospitais no Brasil em 2004, constatou a existência de uma tendência histórica de criação de pequenos hospitais antes da reforma sanitária que desenhou o Sistema Único de Saúde - SUS. Os hospitais, sobretudo os de pequeno porte em muitos municípios é a única porta de entrada do sistema de saúde, e que a maioria destes hospitais enfrentam dificuldades com relação a sua sustentabilidade econômica, a definição de seu papel no sistema de saúde brasileiro, que para sobreviverem induzem a demanda pela oferta de leitos para cobrirem seus custos fixos, promovendo uma verdadeira queima de Autorização de Internação Hospitalar-AIH, gerando uma evidente ineficiência no SUS e que muitas das internações produzidas por esses hospitais eram inadequadas, pouco resolutivas e desnecessárias, o que geralmente leva a outra internação em hospitais de maior porte.

A experiência dos SUS mostra que a atenção básica resolutiva evitaria grande parte desses problemas, e nos remete a discussão da importância da articulação entre os três níveis de atenção. O Ministério da Saúde propõe uma estratégia que passa pela readequação dos pequenos hospitais brasileiros para que possam prover uma atenção hospitalar acessível, resolutiva e de qualidade para os usuários do SUS. Para isso propôs uma mudança na sua lógica de organização e financiamento, conferindo-lhes qualidade e resolutividade e o desafio de garantir a integralidade do cuidado. Esforços vêm sendo empregados na busca da articulação dos três níveis de atenção com ênfase na atenção básica e no primeiro nível da média complexidade.

A necessidade de apresentar uma estratégia para o enfrentamento desse problema resultou na elaboração de um projeto de readequação dos pequenos hospitais brasileiros para que possam prover uma atenção hospitalar acessível, resolutiva e de qualidade.

A Política Nacional para os hospitais de Pequeno Porte faz parte de um conjunto de medidas e estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento e aprimoramento do Sistema Único de Saúde, com vistas a reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro.

Essa Política tem como base a adesão voluntária e um potencial de qualificar e humanizar

a assistência, qualificar a gestão e a descentralização, além de elementos que fortalecerão o monitoramento, a avaliação e controle das ações e recursos empregados pelo SUS. Para tanto alguns resultados são buscados como exemplo: Estimular a organização da rede para atenção integral ao paciente; Adequar o perfil assistencial dessas unidades; Garantir ao Programa de Saúde da Família-PSF o acesso a leitos de internação nas clínicas básicas e a procedimentos de baixa complexidade; Estimular o exercício do controle social no processo de produção dos serviços de saúde; Induzir o processo de descentralização entre outros.

Os municípios aderiram a Política dos Hospitais de Pequeno Porte através de um Contrato de Metas, enviado para análise e aprovação no Ministério da Saúde, após aprovação no Conselho Municipal de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite Estadual e Conselho Estadual de Saúde.

III. Critérios de Seleção dos Hospitais de Pequeno Porte

Ser de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos, reconhecida como filantrópica;

- Estar localizado em municípios com até 30.000 habitantes;
- Possuir entre 5 a 30 leitos de internação cadastrados no SCNES; e
- Estar localizado em municípios que apresentam cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70%.

IV. Perfil Assistencial dos Hospitais de Pequeno Porte

- Especialidades básicas (clínicas: médica, pediátrica e obstétrica);
- Saúde bucal, em especial para a atenção às urgências odontológicas;
- Pequenas cirurgias, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes; e
- Urgência e emergência, desde que preenchidos os requisitos técnicos pertinentes e como integrantes do sistema regional.

V. Metas Pactuadas com os Hospitais de Pequeno Porte:

Alimentação mensal dos bancos de dados nacionais: Sistema de Informação Ambulatorial-SIA e Sistema de Informação Hospitalar-SIH.

VI. Fonte de Financiamento

Os recursos necessários a cobertura do impacto financeiro da proposta serão divididos igualmente entre Ministério da Saúde e a respectiva Secretaria de Estado da Saúde, conforme

portaria GM/MS nº 1044, de 1º de junho de 2004.

VII. Critérios de Distribuição dos Recursos

Os recursos são definidos a partir da necessidade de internação da população e o número de leitos, conforme Portaria GM nº 287, de 28 de junho de 2004, sendo definido o valor de R$ 1.473,00/leito/mês.

Os hospitais com adesão a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte não poderão ter limite financeiro inferior ao valor de R$ 10.000,00/mês.

VIII. Cronograma de Repasse dos Recursos do Fundo Estadual

Quadro 59 - Cronograma de repasse os recursos do fundo estadual

Nº de Ordem	Município	Hospital	Valor Mês (R$)	Valor Anual (R$)
1	Aiuaba	Hospital Nossa Senhora do Patrocínio	4.294,37	51.532,44
2	Apuiares	Hospital São Sebastião	7.166,70	86.000,40
3	General Sampaio	Hospital Maternidade Julia Jorge	5.000,00	60.000,00
4	Aratuba	Hospital Padre Dionisio	4.738,54	56.862,48
5	Banabuiu	Hospital Senador Carlos Jereissate	4.127,52	49.530,24
6	Barro	Hospital Municipal Santo Antônio.	8.666,57	103.998,84
7	Barroquinha	Unidade Mista de Saúde de Barroquinha.	9.031,58	108.378,96
8	Capistrano	Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Nazaré.	8.222,67	98.672,04
9	Caridade	Unidade Mista Caridade	7.639,66	91.675,92
10	Caririaçu	Hospital Geraldo L. Botelho	8.515,10	102.181,20
11	Carnaubal	Unidade Mista Nossa Senhora Auxiliadora	4.044,81	48.537,72
12	Catarina	Unidade Mista de Saúde de Catarina	7.586,29	91.035,48
13	Catunda	Hospital Geral de Catunda	980,30	11.763,60
14	Choro	Hospital Maternidade Pe. Bezerra Filho	2.433,00	29.196,00
15	Chorozinho	Unidade Mista de Saúde de Chorozinho	7.900,26	94.803,12

16	Coreau	Hospital Fernandes Teles Camilo	6.183,88	74.206,56
17	Dep.Irapuan Pinheiro	Hospital Municipal São Bernardo	1.639,54	19.674,48
18	Ererê	Unidade Mista de Saúde de Ererê	3.382,25	40.587,00
19	Fortim	Unidade Mista de Saúde Dr. Waldemar Alcântara	5.741,72	68.900,64
20	Frecheirinha	Hospital Maternidade Menino Jesus Praga	2.336,04	28.032,48
21	Granjeiro	Hospital Municipal Dr. José S. de Macedo	5.000,00	60.000,00
22	Groaíras	Hospital Maternidade Joaquim Guimarães	1.803,00	21.636,00
23	Guaiuba	Hospital Municipal Dom Aluízio Lordcheider	9.282,52	111.390,24
24	Guaramiranga	Unidade Mista de Guaramiranga	2.744,72	32.936,64
25	Hidrolândia	Hospital Maternidade Dr. Luiz G. Fonseca Mota	1.886,38	22.636,56
26	Salitre	Hospital Municipal Antônio Cavalcante	3.264,13	39.169,56
27	Icapuí	Unidade Mista de Saúde Maria Idalina R. Medeiros	8.418,89	101.026,68
28	Irauçuba	Unidade Mista de Saúde de Irauçuba	3.902,26	46.827,12
29	Itaiçaba	Unidade Mista de Saúde Josefa Maria Conceição.	2.400,67	28.808,04
30	Itapiúna	Hospital Maternidade Prof. Waldemar de Alcântara.	3.121,31	37.455,72
31	Quixeré	Hospital Municipal Joaquim Manoel Oliveira.	5.110,71	61.328,52
32	Reriutaba	Hospital Municipal Rita do Vale Rego.	4.833,63	58.003,56
33	São Luiz do Curu	Hospital Municipal Antônio R. da Silva	3.622,76	43.473,12
34	Solonópole	Hospital Maternidade N. Suely Pinheiro.	1.819,79	21.837,48
35	Tejuçuoca	Unidade Mista de Saúde Roque Silva Mota.	4.532,98	54.395,76
36	Tururu	Unidade Mista de Saúde de Tururu.	4.526,64	54.319,68
37	Umari	Unidade Mista de Saúde de Umari.	1.917,37	23.008,44
38	Umirim	Unidade de Obstetrícia	6.271,60	75.259,20
39	Uruburetama	Hospital Municipal Antônio Nery Filho	2.353,48	28.241,76
40	Uruoca	Unidade Mista de Saúde de Uruoca	2.482,91	29.794,92
41	Varjota	Unidade de Obstetrícia de Varjota	4.701,04	56.412,48
42	Ocara	Unidade Mista de Saúde Francisco Raimundo Marcos	10.704,89	128.458,68
43	Pindoretama	Hospital Centro de Parto Normal	6.056,71	72.680,52
44	Paraipaba	Hospital Municipal de Paraipaba	10.359,43	124.313,16
45	Barreira	Sociedade Beneficente de Barreira	5.143,93	61.727,16
46	Palmácia	Hospital Virginia Rodrigues	881,53	10.578,36

47	Mulungu	Hospital Maternidade Waldemar de Alcântara	3.651,56	43.818,72
48	Madalena	Hospital Maternidade Mãe Totonha	3.484,91	41.818,92
49	Paramoti	Hospital Municipal Aramis Paiva	3.113,61	37.363,32
50	Jaguaretama	Hospital Maternidade Adolfo B. Menezes	3.663,61	43.963,32
51	Palhano	Hospital Maternidade Maria Tereza Matos	3.563,26	42.759,12
52	Potiretama	Unidade Mista Raimundo Paiva Diogenes	5.000,00	60.000,00
53	Meruoca	Hospital Chagas Barreto	3.587,76	43.053,12
54	Moraújo	Unidade Mista de Saúde de Moraújo	2.408,36	28.900,32
55	Morrinhos	Unidade Mista de Morrinhos	7.665,54	91.986,48
56	Independência	Hospital Coronel João Nunes Coutinho	9.916,20	118.994,40
57	Piquet Carneiro	Unidade Mista de Saúde de Piquet Carneiro	2.876,24	34.514,88
58	Penaforte	Unidade Mista de Saúde João Muniz	5.000,00	60.000,00
59	Porteiras	Unidade Mista de Saúde de Porteiras	4.673,58	56.082,96
60	Nova Olinda	Unidade Mista de Saúde Ana Alencar Alves	3.227,68	38.732,16
61	Milhã	Unidade Mista João Leopoldo P. Landim	3.647,90	43.774,80
62	Ibaretama	Hospital Municipal Antônio Cavalcante	2.789,35	33.472,20
63	Martinópole	Hospital Imaculada Conceição	4.695,18	56.342,16
TOTAL GERAL			**299.738,82**	**3.596.865,84**

IX. Monitoramento e Controle

O monitoramento e avaliação de desempenho destes hospitais, serão baseados no acompanhamento dos indicadores acordados e informados por meio dos Sistemas de Informações Nacionais (SIH e SIA) e de relatórios quadrimestrais de atividades desenvolvidas.

Identificação: Programa Nascer no Ceará

- **Síntese do Projeto**

A morbimortalidade materna e perinatal está vinculada a causas preveníveis como o desigual acesso e uso dos serviços de saúde, deficiente qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. O projeto Nascer no Ceará objetiva reduzir a morbimortalidade materna e perinatal no estado do Ceará fortalecendo o processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde do SUS e qualificando à assistência na linha de cuidado materno infantil

através da implementação de protocolos, qualificação de profissionais ,qualificação dos pontos de atenção e definição de fluxos assistenciais nos três níveis de atenção nas 5 (cinco) Regiões.

- **Justificativa - 2ª Fase Nascer no Ceará**

Considerando Portaria MS 4279/2010 em seu anexo, temos que: Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado e que o objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica; Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores / financiadores e os prestadores de serviço; para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos;

Considerando ainda a Portaria citada acima, temos que: A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados neste território. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços. A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso. Níveis de Atenção são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS. Estruturam- se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

Diante disto e considerando os princípios do SUS de regionalização e hierarquização, de modo que um município seja autossuficiente em sua Atenção Primária a Saúde, uma determinada região de saúde, que venha a abranger pequeno número de municípios, seja autossuficiente em atenção secundária, tanto em urgência e emergência como em atenção eletiva, e que uma Região

seja autossuficiente em atenção terciária, traz-se proposta de reestruturação da Rede de Atenção Hospitalar Materno Infantil.

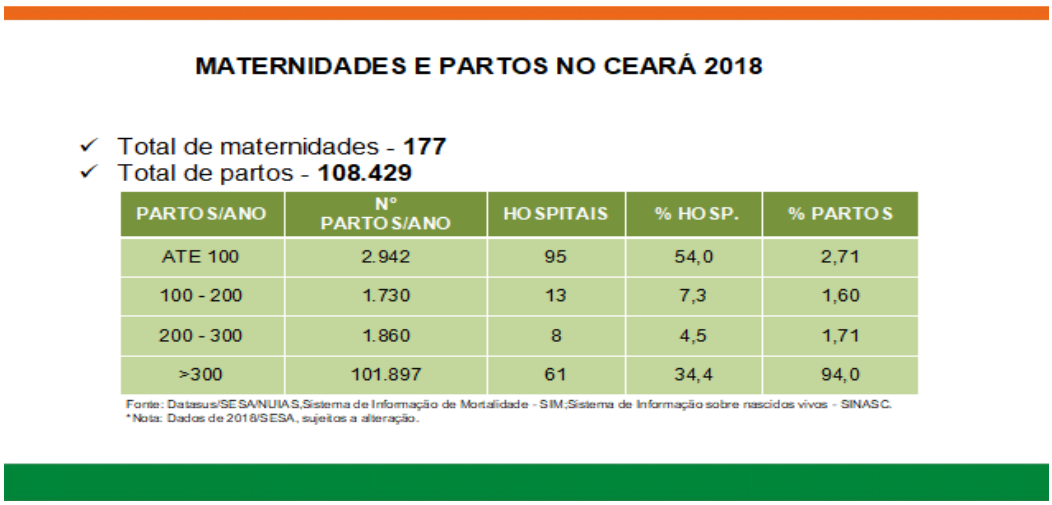
O Programa Nascer no Ceará propõe a reorganização da inserção dos pontos de atenção hospitalar na Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, a partir das diretrizes acima descritas, com o objetivo de assegurar a continuidade do cuidado. A assistência hospitalar no estado no âmbito do SUS será organizada a partir das necessidades da população, por Região saúde, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseados na ambiência adequada e segura, em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização da linha de cuidado e na vinculação e regulação do acesso.

O foco desta iniciativa é o aprimoramento da organização das redes para um melhor atendimento aos usuários do SUS.
Os principais pontos abordados pela 2ª fase do programa, contemplam:

- O hospital como um ponto de atenção da RAS atuando de forma articulada, qualificado e seguro;
- Avaliação, seleção e readequação dos pontos de atenção hospitalar para integrarem a rede materno infantil;
- Capacitação e qualificação dos profissionais das maternidades selecionadas;
- Implementação da inserção de contraceptivos de longa duração nas maternidades de referência de alto risco no pós-parto e abortamento.

A estimativa de gestantes no estado do Ceará para o ano 2018 é de 133.728 gestantes, das quais 85% de risco habitual e 15% alto risco. Ressalta-se que 87% do total de gestantes do estado são dependentes do SUS(SINASC/ANS).

Atualmente, o Ceará possui um total de 177 hospitais com clínica obstétrica. Destes, 95, que correspondem a 54% do total, acompanham, por ano, menos de 100 partos e respondem pela assistência de 2,71% dos nascimentos. 21 pontos de atenção hospitalar (11,8%) assistem entre 100 e 300 partos por ano e respondem por 3,3% do total de nascimentos. 61 hospitais (34,4%) assistem mais de 300 partos/ano e respondem por 94% dos nascimentos.



MATERNIDADES E PARTOS NO CEARÁ 2018

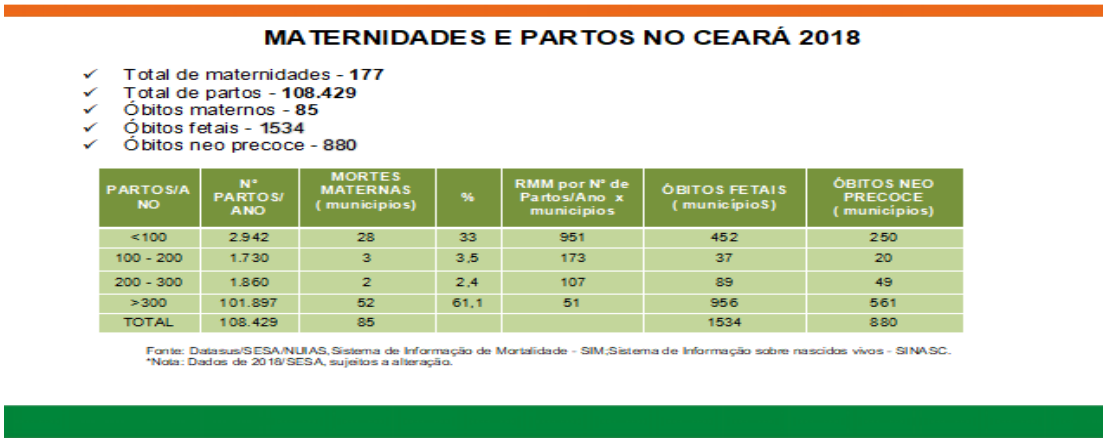
- ✓ Total de maternidades - **177**
- ✓ Total de partos - **108.429**

PARTOS/ANO	Nº PARTOS/ANO	HOSPITAIS	% HOSP.	% PARTOS
ATE 100	2.942	95	54,0	2,71
100 - 200	1.730	13	7,3	1,60
200 - 300	1.860	8	4,5	1,71
>300	101.897	61	34,4	94,0

Fonte: Datasus/SESA/NUIAS,Sistema de Informação de Mortalidade - SIM;Sistema de Informação sobre nascidos vivos - SINASC.
*Nota: Dados de 2018/SESA, sujeitos a alteração.

Figura 19- Maternidades e Partos no Ceará 2018

Em relação os desfechos, observa-se que quanto menor o número de partos e nascimentos assistidos, mais riscos de resultados adversos existem.



MATERNIDADES E PARTOS NO CEARÁ 2018

- ✓ Total de maternidades - **177**
- ✓ Total de partos - **108.429**
- ✓ Óbitos maternos - **85**
- ✓ Óbitos fetais - **1534**
- ✓ Óbitos neo precoce - **880**

PARTOS/ANO	Nº PARTOS/ANO	MORTES MATERNAS (municipios)	%	RMM por Nº de Partos/Ano x municipios	ÓBITOS FETAIS (municipioS)	ÓBITOS NEO PRECOCE (municipios)
<100	2.942	28	33	951	452	250
100 - 200	1.730	3	3,5	173	37	20
200 - 300	1.860	2	2,4	107	89	49
>300	101.897	52	61,1	51	956	561
TOTAL	108.429	85			1534	880

Fonte: Datasus/SESA/NUIAS,Sistema de Informação de Mortalidade - SIM;Sistema de Informação sobre nascidos vivos - SINASC.
*Nota: Dados de 2018/SESA, sujeitos a alteração.

Figura 20 – Maternidades e Partos no Ceará 2018 (2)

Diante desta análise situacional, o Programa Nascer no Ceará, na sua segunda fase de implementação, se propõe a redefinir, usando critérios claros, com instrumentos construídos a partir das evidências científicas, com metodologia adequada e validada, os pontos de atenção ao parto e nascimento (risco habitual e alto risco) seguido da adequação, capacitação e qualificação da ambiência e profissionais.

- **Beneficiários Diretos do Projeto**

Beneficiários direto do projeto

Quadro 60 – Beneficiários direto do Projeto

Gestantes de Alto Risco	20.059
Gestantes de Risco habitual	113.669
Sub total 1: Gestantes	**133.728**
Recém-nascidos de Alto Risco	4858
Sub total 2: Recém-nascidos	**4.858**
Total	**138.586**

- **Objetivos**

Objetivo Geral

Reestruturar a Rede de Atenção Hospitalar Materno-Infantil do Estado do Ceará para a redução da mortalidade e morbidade materna e perinatal.

Objetivos Específicos

- Realizar diagnóstico situacional das maternidades de referência para o alto risco usando o marco teórico de avaliação de serviços proposto por Donabedian avaliando Estrutura, Processo e Resultados.

- Realizar diagnóstico situacional das Maternidades com mais de 300 partos/ano usando o marco teórico de avaliação de serviços proposto por Donabedian avaliando Estrutura, Processo e Resultados.

- Capacitar e Qualificar as Maternidades de Referência para Alto Risco utilizando as guias de conduta do Nascer no Ceará.

- Selecionar, capacitar e qualificar 22 maternidades, uma por regional de saúde, para referência

à assistência ao parto de gestantes de risco habitual de cada região.

- Requalificar (Infraestrutura física e equipamento) as 10 Maternidades de Referência para Alto Risco e as 22 Maternidades de Risco Habitual com mais de 300 partos/anos selecionadas que apresentam não conformidades de acordo com o Relatório de Análise.

- Implementar a inserção de contraceptivos de longa duração no pós-parto e abortamento nas maternidades de referência para alto risco das 5 (cinco) Regiões.

- **Atividades**

Atividades do Objetivo 1

- Elaborar e validar instrumento de avaliação das Maternidades de Referência de Alto Risco
- Realizar visitas in loco para avaliação das Estruturas, Processos e Resultados das Maternidades de Referência para Alto Risco
- Elaborar e validar relatório de Análise para subsidiar a tomada de decisão sobre quais Maternidades de Referência para Alto Risco necessitam de investimentos para qualificação na assistência.

Atividades do Objetivo 2

- Elaborar e validar instrumento de avaliação das Maternidades de Risco Habitual com mais de 300 partos/anos;
- Realizar visitas in loco para avaliação das Estruturas, Processos e Resultados das 61 Maternidades de Risco Habitual com mais de 300 partos/anos;
- Selecionar 1(uma) Maternidade de Risco Habitual com mais de 300 partos/anos para cada Região de Saúde segundos os critérios preestabelecidos no instrumento de avaliação;
- Elaborar e validar relatório de análise para subsidiar a tomada de decisão sobre quais Maternidades de Risco Habitual com mais de 300 partos/ano necessitam de investimentos para qualificação na assistência.

Atividades do Objetivo 3

- Realizar 1 Oficina de devolutiva para a gestão e profissionais de cada Maternidades de Referência de Alto Risco;
- Realizar 1 Oficina de qualificação para os profissionais de cada Maternidades de Referência de Alto Risco nas Guias do Nascer no Ceará;
- Implantar carrinhos de intervenção para emergências obstétricas de hemorragia e hipertensão nas Maternidades de Referência de Alto Risco

Atividades do Objetivo 4

- Realizar 1 Oficina de devolutiva por maternidade para a gestão e profissionais das Maternidades de Risco Habitual com mais de 300 partos/anos selecionadas;
- Realizar 1 Oficina de qualificação por maternidade para os profissionais das Maternidades de Risco Habitual com mais de 300 partos/anos selecionadas, nas Guias do Nascer no Ceará.

Atividades do Objetivo 5

- Elaborar e executar projeto de requalificação (Infraestrutura física e equipamento) de cada maternidade que apresente inconformidades segundo critérios normativos.

Atividades do Objetivo 6

- Capacitar e qualificar os profissionais das maternidades de referência para alto risco na inserção de contraceptivos de longa duração no pós-parto e abortamento;
- Ofertar os contraceptivos de longa duração para as maternidades de referência para alto risco.

Resultados Esperados

- 100% das Maternidades de referência para Alto Risco avaliadas.
- 100% das Maternidades com mais de 300 partos/ano avaliadas.
- 100% (10) das Maternidades de Referência para Alto Risco Capacitadas e Qualificadas nas guias de conduta do Nascer no Ceará.
- 100% das 22 maternidades capacitadas e qualificadas no que diz respeito à Estrutura, Processos e Resultados.
- 10 Maternidades de Referência para Alto Risco e 22 Maternidades de Risco Habitual com mais de 300 partos/anos Requalificadas (Infraestrutura física e equipamento).

- 100% das Maternidades de referência para Alto Risco com inserção de contraceptivos de longa duração no pós-parto e abortamento.
- Referências Normativas

I. Identificação: Unidades de Pronto Atendimento - UPAS

Identificação: UPAs

Quadro 61 – Identificação UPAs

PROGRAMA	(631) Atenção à Saúde Perto do Cidadão
INICIATIVA	(631.1.01) Promoção da oferta de serviços das Redes de Atenção à Saúde
PRIORIDADE DO PROJETO	Estratégico de Governo
ÓRGÃO/ENTIDADE RESPONSÁVEL PELO PROJETO	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará- SESA /Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional

II. Justificativa

O Governo do Estado, através da Secretaria da Saúde, assume a responsabilidade de financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS no âmbito do Estado, em cumprimento o que determina a Constituição Federal /1988, de financiamento tripartite das ações e serviços de saúde. A Lei Orgânica da Saúde/1990 e a Lei Complementar Nº 141/2012 normatizam esta responsabilidade e dentre as várias determinações, estabelece a obrigatoriedade da transferência fundo a fundo. “Os recursos do Tesouro do Estado alocados no Orçamento do Fundo Estadual de Saúde - FUNDES, 2020, são destinados em parte para o auxílio financeiro aos municípios, com a finalidade de assegurar o funcionamento da Atenção.

As Unidades de Pronto Atendimento – UPAs 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgências hospitalares; onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. O objetivo das Unidades de Pronto Atendimento é diminuir as filas nos prontos socorros dos hospitais, evitando que casos que possam ser resolvidos nas UPAS, ou unidades básicas de saúde, sejam encaminhados para as unidades hospitalares.

As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem resolver grande parte das urgências e emergências clínicas de adultos e crianças, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. A

estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Atendimento Móvel de Urgência - SAMU que conforme o quadro clínico tanto pode trazer pessoas para as UPA, como removê-las para hospitais e assim organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação.

As UPAs podem ser de três portes, I, II e III, conforme a população a ser coberta. Conforme o porte varia o número de médicos, respectivamente 2, 4 e 6 e, portanto o número de consultórios e de leitos de observação. Assim também variam o número de enfermeiros, auxiliares e demais profissionais, além da área física e obviamente o custo de funcionamento de cada unidade conforme seu porte.

Quadro 62 – UPAs por porte: III, II e I

UPA 24H	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MINIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24H	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS DAS 7H ÀS 19H	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS 19H ÀS 7H	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m^2	Até 150 pacientes	2 médicos	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m^2	Até 300 pacientes	4 médicos	2 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m^2	Até 450 pacientes	6 médicos	3 médicos	15 leitos

III. Perfil Assistencial.

As Unidades de Pronto Atendimento são unidades ambulatoriais voltadas para o atendimento de urgências clínicas de adultos e crianças conforme quadro abaixo.

Quadro 63 – UPAs Perfil assistencial

UPA	PERFIL ASSISTENCIAL
Porte I	Clínica Médica e Pediatria
Porte Il	Clínica Médica e Pediatria
Porte Ill	Clínica Médica, Pediatria e Odontologia.

As UPAs são dotadas de leitos para observação de adultos e crianças, além de exames de laboratório, radiografia simples e eletrocardiograma. Todos estes serviços estão disponíveis 24 horas ao dia, sete dias na semana, possuem no mínimo dois leitos voltados para a reanimação e

estabilização de pacientes graves enquanto aguardam transferência para hospitais.

Portanto, hierarquicamente, as UPAs situam-se entre os centros de saúde e os hospitais.

IV. Metas Pactuadas

- Gerenciar a Unidade, garantindo as diretrizes preconizadas na Portaria Ministerial nº 342 de 04 de março de 2013;
- Garantir o funcionamento 24 horas, dos serviços clínicas médicas descritas no quadro assistencial, incluídos feriados e pontos facultativos, possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte;
- Atender as pessoas dentro do tempo determinado conforme protocolo de classificação de risco adotado;
- Informar a Central de Regulação as transferências realizadas
- Garantir insumos, material médico-hospitalar e medicamento necessários para o bom funcionamento da Unidade, a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e da Unidade.

V. Fonte De Financiamento e Modalidade de Repasse dos Recursos

Considerando a Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Capítulo II – Do financiamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Seção IV do Financiamento de Custeio de Unidades de Pronto Atendimento 24 Horas (UPA 24H) como Componente da Rede de Atenção às Urgências;

Considerando o Art. 887 da citada Portaria que especifica que a complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio mensal da UPA 24hs é de responsabilidade conjunta dos estados e dos municípios beneficiados, em conformidade com a pactuação estabelecida na CIB, quando das definições da sua implantação;

Esta Proposta será financiada através dos Recursos Próprios do Tesouro do Estado vinculados a saúde por determinação da Lei Complementar Nº 141/2012. Serão destinados recursos de Custeio em 2020 no valor total de R$ 72.217.274,76 (setenta dois milhões , duzentos e dezessete mil, duzentos e setenta e quatro reais e setenta seis centavos). Os recursos serão repassados na modalidade de transferência fundo a fundo, do Fundo Estadual de Saúde – FUNDES para os Fundos Municipais de Saúde – FMS. Este repasse está condicionado à comprovação do

funcionamento do Fundo Municipal de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e do Plano Municipal de Saúde[1], conforme Artigo 22 da Lei Complementar Nº141/2012.

VI – Cronograma De Repasse Dos Recursos

1. Fundo Municipal de Saúde de Fortaleza, conforme quadro descrito abaixo:

Quadro 64 – Fundo Municipal de saúde I

Fundo Municipal de Saúde					
UPA	**GESTÃO**	**PORTE**	**OPÇÃO CUSTEIO**	**VALOR CUSTEIO MENSAL**	**VALOR CUSTEIO ANUAL**
Jangurussu	ISGH	III	VIII	R$ 250.000,00	R$ 3.000.000,00
Cristo Redentor	ISGH	III	VIII	R$ 250.000,00	R$ 3.000.000,00
Itaperi	ISGH	III	VIII	R$ 250.000,00	R$ 3.000.000,00
Vila Velha	Fundação Leandro Bezerra	III	VIII	R$ 250.000,00	R$ 3.000.000,00
Bom Jardim	Fundação Leandro Bezerra	III	VIII	R$ 250.000,00	R$ 3.000.000,00
Edson Queiroz	Fundação Leandro Bezerra	III	VIII	R$ 250.000,00	R$ 3.000.000,00
TOTAL				**R$ 1.500.000,00**	**R$ 18.000.000,00**

2. Fundos Municipais de Saúde dos Municípios, UPA proponente Municipal, conforme quadro descrito abaixo:

Quadro 65 – Fundo Municipal de saúde II

Fundo Municipal de Saúde					
UPA	**GESTÃO**	**PORTE**	**OPÇÃO DE CUSTEIO**	**VALOR CUSTEIO MENSAL***	**VALOR CUSTEIO ANUAL***
Caucaia (jurema)	Fundação Leandro Bezerra	II	VIII	R$ 250.000,00	R$ 3.000.000,00
Maracanaú (pajuçara)	Pro vida	II	VIII	R$ 250.000,00	R$ 3.000.000,00
Boa Viagem*	-	I	III	R$ 85.000,00	R$ 1.020.000,00
Quixeramobim	Em Construção	I	III	R$ 85.000,00	R$ 1.020.000,00
Morada Nova	Em Construção	I	III	R$ 85.000,00	R$ 1.020.000,00
Limoeiro do Norte	Em Construção	I	III	R$ 85.000,00	R$ 1.020.000,00
Jaguaribe	Fundação Leandro Bezerra	I	III	R$ 85.000,00	R$ 1.020.000,00
Sobral	Fundação Leandro	II	V	R$ 150.000,00	R$ 1.800.000,00

	Bezerra				
Acaraú	Em Construção	I	III	R$ 85.000,00	R$ 1.020.000,00
Tianguá	Em Construção	II	V	R$ 150.000,00	R$ 1.800.000,00
Camocim	Município	I	III	R$ 85.000,00	R$ 1.020.000,00
Granja	Município	I	III	R$ 85.000,00	R$ 1.020.000,00
Icó	Em Construção	I	III	R$ 85.000,00	R$ 1.020.000,00
Acopiara	Em Construção	I	III	R$ 85.000,00	R$ 1.020.000,00
Crato*	-	I	III	R$ 85.000,00	R$ 1.020.000,00
Juazeiro do Norte*	-	I	III	R$ 85.000,00	R$ 1.020.000,00
Barbalha*	-	I	III	R$ 85.000,00	R$ 1.020.000,00
Cascavel	Em Construção	I	III	R$ 85.000,00	R$ 1.020.000,00
Pacatuba	Em Construção	I	III	R$ 85.000,00	R$ 1.020.000,00
TOTAL				**R$ 2.075.000,00**	**R$ 24.900.000,00**

* Municípios que aderiram a Portaria nº 3.583/2018 que estabelece os procedimentos para execução do disposto no artigo 2º do Decreto nº 9.380/2018, que trata da readequação da rede física do Sistema Único de Saúde oriunda de investimentos realizados pelos entes federativos com recurso repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, já pactuados em Comissão Intergestora Bipartite – CIB; (Resolução CIB CE nº 68/2019 – Barbalha, Resolução CIB CE nº 69/2019 – Boa Viagem, Resolução CIB CE nº 70/2019 – Crato e Resolução CIB CE nº 80/2019 – Juazeiro do Norte)

3. Fundos Municipais de Saúde dos Municípios, UPA proponente Estadual, conforme quadro descrito abaixo:

Quadro 66 – Fundo municipal de saúde III

Fundo Municipal de saúde					
UPA	**GESTÃO**	**PORTE**	**OPÇÃO DE CUSTEIO**	**VALOR MENSAL/R$**	**VALOR ANUAL/R$**
Iguatu	Município	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
Russas	Município	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
Crateús	Sociedade Beneficente São Camilo	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
Canindé	Município	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
São Benedito	Instituto de Estudo e Pesquisa Humana	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
Aracoiaba	Município	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
*Pentecoste	Município	Porte I	III	92.727,27	1.112.727,24
Quixadá	Município	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
Aracati	Município	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
*São Gonçalo do Amarante	Fundação Leandro Bezerra	Porte II	V	237.378,96	2.848.547,52
Horizonte	Município	Porte II	V	150.000,00	1.800.000,00
Maranguape	Município	Porte II	V	150.000,00	1.800.000,00
Eusébio	IPGM	Porte II	V	150.000,00	1.800.000,00
Itapipoca	Município	Porte II	V	150.000,00	1.800.000,00

Caucaia	Fundação Leandro Bezerra	Porte III	VIII	250.000,00	3.000.000,00
Juazeiro do Norte	IMEGI	Porte III	VIII	250.000,00	3.000.000,00
TOTAL				**2.110.106,23**	**25.321.274,76**

* Valores diferenciados baseados em pactuações entre o Governo do Estado do Ceará através da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e as Prefeituras Municipais.

Quadro 67 - Fundo municipal de saúde IV

Fundo municipal de saúde					
UPA	**GESTÃO**	**PORTE**	**OPÇÃO DE CUSTEIO**	**VALOR MENSAL/ ESTADO**	**VALOR ANUAL/ ESTADO**
Tauá	Consórcio	Porte I	III	85.000,00	1.020.000,00
Jijoca de Jericoacoara *	Município	Porte I	III	170.000,00	2.040.000,00
TOTAL		**255.000,00**	**3.060.000,00**	**340.000,00**	**4.080.000,00**

* Os valores de transferência regular e automática de recursos do Tesouro do Estado para a UPA de Jijoca de Jericoacoara está vinculado a pactuação entre a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e a Prefeitura de Jijoca, onde ficou definido que o Estado repassará sua contrapartida estadual e por tempo indeterminado as parcelas de contrapartida municipal e repassará a contrapartida federal que são depositadas no Fundo Estadual de Saúde do Ceará, conforme a Portaria nº 2.280 de 08 de setembro de 2017, que qualifica a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e estabelece recursos a serem destinados ao Fundo Estadual de Saúde do Ceará, sem ônus algum.

4. Fundo Municipal de Saúde de Baturité, conforme quadro descrito abaixo:

Quadro 68 – Fundo municipal de saúde V

MUNICÍPIO	**GESTÃO**	**UNIDADE**	**VALOR MENSAL/ ESTADO**	**VALOR ANUAL/ESTADO**
Baturité	Município	UMPA	R$ 78.000,00	R$ 936.000,00

VII. Monitoramento e Controle

As Secretarias Municipais de Saúde deverão encaminhar às Superintendências Regionais e a Célula de Atenção a Rede de Urgência e Emergência /Coordenadoria de Atenção à Saúde da SESA, Relatório Gerencial Quadrimestral.

Identificação: Política Estadual de Incentivo Hospitalar (Prorrogada para 2020)

1. Apresentação

A presente proposta **Política Estadual de Incentivo Hospitalar** visa atender a uma demanda prioritária do Sistema de Saúde do Estado do Ceará, que é a reorganização da Atenção Hospitalar no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.

A responsabilidade pela condução desse processo é da Secretaria Executiva de Políticas de Saúde e Coordenadoria de Atenção à Saúde*[1] da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), a qual cabe identificar e atender as demandas por formulação ou reorientação de políticas, articular e operacionalizar a gestão de políticas consideradas estratégicas, além de implementar a contínua avaliação, visando o aprimoramento sistemático.

O processo de elaboração desta proposta transcorreu no período de 2016-2017. Inicialmente cada área técnica da Secretaria Executiva de Políticas de Saúde e Coordenadoria de Atenção à Saúde*, diretamente envolvida com o assunto objeto da política, efetuou levantamento de dados e informações pertinentes, com apoio da equipe da Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Auditoria e Controle (CORAC), cuja coleta e sistematização de subsídios básicos, serviu de base para estruturação deste documento inicial e possibilitar, desta forma, discussões em diferentes instâncias.

A proposta foi discutida e aprovada na Comissão Intergestora Bipartite - CIB/CE, sob a Resolução nº 179/2017-CIB/CE e segue para análise e aprovação junto ao Conselho Estadual de Saúde (CESAU), conforme se estabelece na Lei complementar 141/2012.

Fundamentação Legal:

Essa proposta atende aos princípios e diretrizes constitucionais e diversos instrumentos legalmente estabelecidos.

- Portaria nº 4.279/GM/MS/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
- Portaria Nº 1.600, de 07 de julho de 2011- Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;
- Portaria Nº 2.351, de 5 de outubro de 2011- Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha;
- Portaria 3.390/2013 - Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP);
- Portaria 3.410/2013 - Estabelece as novas diretrizes para Contratualização dos hospitais no âmbito do SUS, em conformidade com a PNHOSP;
- RDC ANVISA, Nº 36/2013, segurança do paciente em serviços de saúde;

[1] ***Nomenclaturara alterada conforme Decreto Nº 33.381, de 03 de dezembro de 2019 – Estrutura organizacional da SESA.**

• Portaria Nº 529/2013 Programa Nacional de Segurança do Paciente;

• Portaria 483/2014, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

2. Identificação

PROGRAMA - (057) Atenção à Saúde Integral e de Qualidade
INICIATIVA - (057.1.24) Manutenção da oferta de serviço hospitalar especializado

3. Justificativa

A Política Estadual de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde tem como objetivo garantir o acesso da população a serviços especializados de qualidade nos municípios que integram as 22(vinte e duas) Regiões de Saúde do Estado. Dentre as várias estratégias estabelecidas para o alcance deste objetivo, destaca-se o auxílio financeiro aos Hospitais, através de recursos do Tesouro do Estado, destinados ao custeio dos serviços de internação e de apoio diagnóstico e terapêutico classificados como hospitais de referência regional pelo Plano Diretor de Regionalização – PDR - 2014 do Estado para atendimento à população referenciada.

Esta Política fortalece e aprimora o Sistema Único de Saúde - SUS, dado que a mesma assegura a população residente no Interior o acesso em tempo oportuno aos serviços especializados localizados nos municípios das diversas Regiões de Saúde do Estado.

Os hospitais regionais prestam serviços classificados nos níveis de atenção à saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, compostos por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência depende da disponibilidade de profissionais especializados e de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Estes hospitais assumem papel relevante na estruturação das Redes de Atenção: Materno Infantil - Rede Cegonha, das Urgências e Emergências, Psicossocial, de Cuidados à Pessoa com Deficiência, das Pessoas com Condições Crônicas, que encontram- se em fase de implantação no Estado.

4. Atenção Hospitalar no Estado do Ceará

Ao longo de décadas, o que se observa é o modelo hospitalar isolado, voltado para si mesmo, desarticulado das Políticas de Saúde, da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e dos demais níveis de atenção. Por outro lado, a condução da Atenção Hospitalar no Estado, por meio da Secretaria da

Saúde, que poderia intervir positivamente com iniciativas de mudanças, também é fragmentada, com atuação desarticulada em diversas áreas técnicas, bem como nas áreas de apoio e logística de suporte: assistência farmacêutica, sistema de informação, avaliação de incorporação de tecnologias em saúde, normatização.

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

É preciso que os serviços de saúde sejam mais eficientes. Não se perpetue o modelo de atenção com a oferta de serviços inexistentes, ou quando existentes, não atendem as necessidades da população. Há quantidade insuficiente e de baixa resolutividade, pulverizando-se cada vez mais os recursos da saúde, que devem ser melhor utilizado em benefício da população, não comprometendo a eficiência e a qualidade da atenção à saúde.

Desta forma, com o objetivo de melhorar o contexto do cenário hospitalar atual é que se propõe uma nova **Política Estadual de Incentivo Hospitalar.**

5. Objetivos da Política

A Política Estadual de Incentivo Hospitalar tem como objetivos:

5.1 Geral

- Cofinanciar a prestação de serviços prestados pelos hospitais que integram as Redes de Atenção à Saúde (RAS), para melhorar sua eficiência e resultados sanitários.

5.2 Específicos

- Inserir os hospitais como um ponto da Rede de Atenção à Saúde, organizado em linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade.
- Ter acesso regulado em 100% dos serviços de saúde com adoção de fluxos de referência e contra-referência;
- Adotar protocolos operacionais padrão, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

- Descentralizar os serviços de maior complexidade para as Regiões de Saúde.
- Garantir uma estrutura mínima que assegure uma intervenção de qualidade.

6. Diretrizes

I- Reorganização da atenção hospitalar

- Garantir o atendimento aos usuários, a partir das necessidades regionais identificadas e acesso regulado;
- Inserir os hospitais nas Redes de Atenção: **à Saúde Materno infantil, Urgência e Emergência, Psicossocial, Cuidados à Pessoa com Deficiência e as Pessoas com Condições Crônicas**;
- Reclassificar os hospitais **(Referência Regional)**.

II- Contratualização

Contribuir através de apoio técnico com os gestores municipais, para efetivação do processo de contratualização com representante legal do hospital, estabelecendo acordo para o cumprimento dos compromissos assumidos.

Contrato: instrumento formal de pactuação entre os gestores e prestadores dos serviços de saúde, que devem assegurar as normas estabelecidas na Política Nacional de Atenção Hospitalar.

7. Obrigações e Responsabilidades

7.1 Compete a Secretaria da Saúde do Estado:

- Desenvolver ações que garantam a implementação e execução da política.
- Divulgar, acompanhar e monitorar a política de incentivo hospitalar.
- Elaborar instrumentos de orientações para dar suporte a implementação, monitoramento e avaliação da Política.
- Elaborar protocolos clínicos, técnico assistenciais, para integrar e apoiar as diversas ações de saúde desenvolvidas na rede de atenção à saúde.
- Realizar inspeções técnicas e auditorias, quando necessário.
- Disponibilizar informações e apoio técnico aos serviços de saúde.

- Contribuir através de apoio técnico com os gestores municipais, para efetivação do processo de contratualização com representante legal do hospital, estabelecendo acordo para o cumprimento dos compromissos assumidos.

7.2 Compete a Secretaria da Saúde do Município:

- Realizar a contratualização com o prestado de serviço (Hospital)
- Repassar ao HOSPITAL, através do Fundo Municipal de Saúde, os recursos financeiros recebidos do Tesouro do Estado do Ceará, através do Fundo Estadual de Saúde, **até o 5º dia útil após o recebimento**.
- Receber do HOSPITAL, o Relatório Quadrimestral dos Recursos Financeiros repassados, avaliar, emitir parecer e encaminhar a Coordenadoria Regional de Saúde - CRES da sua Região, que vai avaliar, emitir parecer e encaminhar a Secretaria Executiva de Políticas de Saúde e Coordenadoria de Atenção à Saúde*[2]
- Regular o acesso dos usuários da Região de Saúde para os serviços hospitalares através da Central de Regulação.

7.3 Responsabilidades dos Hospitais

1. Assistência à saúde

Os hospitais na assistência à saúde desempenham as funções de centros de referência de média e alta complexidade, para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e deverá:

- Ofertar serviços de atenção de média e alta complexidade, de acordo com a classificação do hospital;
- Garantir acesso regulado, mantendo as referências e contra-referências de acordo com os fluxos estabelecidos;
- Garantir acessibilidade a pessoas com deficiência, de acordo com a legislação vigente e NBR 9050 – 2015 – Norma Acessibilidade;
- Implantar Núcleo de Segurança do Paciente;
- Manter o serviço de urgência e emergência em funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, ininterruptamente;
- Utilizar diretrizes e protocolos clínicos validados pela SESA;

[2] ***Nomenclaturara alterada conforme Decreto Nº 33.381, de 03 de dezembro de 2019 – Estrutura organizacional da SESA.**

• Garantir a presença de acompanhante para crianças, adolescentes, gestantes, idosos e indígenas, de acordo com as legislações específicas.

2. Gestão Hospitalar

- Garantir o cumprimento dos compromissos assumidos;
- Dispor de estrutura física adequada ao nível de classificação e recursos humano suficiente para a execução dos serviços, de acordo com os parâmetros estabelecidos na legislação;
- Assegurar a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS;
- Divulgar em local visível e de fácil acesso à composição das equipes do hospital aos usuários;
- Alimentar os sistemas de informação, notificações compulsórias, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde;
- Registrar a produção das ações e serviços de saúde contratualizadas, de acordo com as normas estabelecidas.

3. Acompanhamento e avaliação

- Avaliar a resolubilidade das clínicas habilitadas;
- Participar dos processos de avaliação estabelecidos pelos gestores do SUS;

8. CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

Os hospitais poderão ser classificados como Hospitais de áreas descentralizadas ou Hospital Regional. O Hospital Regional deverá dispor no mínimo de 50 (cinquenta) leitos, podendo habilitar até 02 (duas) clínicas (mínimo de 20 leitos por clínica); e o Hospital Regional dispor acima de 50 (cinquenta) leitos, podendo habilitar até 05 (cinco) clínicas (mínimo de 20 leitos por clínica).

9. Critérios de Adesão

A Política Estadual de Incentivo Hospitalar tem como base o elenco existente de Hospitais da Política dos Hospitais Polo e Estratégicos do Ceará, além de:

- Garantir funcionamento das clínicas habilitadas ininterruptamente;

- Regular através da Célula de Regulação do Sistema de Saúde – CERSI, 100% das transferências;
- Garantir a assistência dos pacientes contra-referenciados de hospitais de maior complexidade para a sua respectiva região de saúde;
- Apresentar o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde, aprovado pela Vigilância Sanitária da SESA;
- Garantir o serviço de SADT mínimo: Laboratório de Patologia Clínica, Raio X, Ultrassonografia, e Eletrocardiograma;
- Apresentar alvará sanitário em vigência;
- Manter em funcionamento a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Para inclusão na Política como Hospital de área descentralizada dispor no mínimo de 50 leitos, podendo habilitar até 02 (duas) clínicas (mínimo de 20 leitos por clínica);
- Para inclusão na Política como Hospital regional dispor acima de 50 leitos, podendo habilitar até 05 (cinco) clínicas (mínimo de 20 leitos por clínica).

10. Financiamento

O Governo do Estado, por meio da Secretaria da Saúde, assume a responsabilidade de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do Estado, em cumprimento o que determina a Constituição Federal /1988, de financiamento tripartite das ações e serviços de saúde. A Lei Orgânica da Saúde/1990 e a Lei Complementar Nº 141/2012 normatizam esta responsabilidade e dentre as várias determinações, estabelece a obrigatoriedade da transferência fundo a fundo. Os recursos do Tesouro do Estado alocados no Orçamento do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES), são destinados em parte para o auxílio financeiro aos municípios, com a finalidade de assegurar o funcionamento de hospitais que atuam de modo estratégico na organização do Sistema Municipal e ou nas Redes de Atenção à Saúde, em especial a Rede Materno-Infantil e a Rede das Urgências.

Os recursos do Tesouro do Estado destinados à manutenção da Política Estadual de Incentivo Hospitalar, estão previstos no Plano Plurianual 2016-2019 e são operacionalizados por meio dos Orçamentos aprovados para cada ano deste período. Estes recursos, segundo o que estabelece o Art.20 da Lei Complementar Nº 141/2012, deverão ser repassados de forma regular e automática do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS).

O Estado do Ceará, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), é dividido em 05 (cinco) Regiões de Saúde (Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe) que abrangem 22 Regiões de Saúde. Este formato propicia o processo de planejamento em saúde e a

operacionalização do SUS, conforme pactuado na Resolução nº 125/2014 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e aprovado pela Resolução nº 33/2014 do Conselho Estadual de Saúde (CESAU).

10.1. Incentivos Financeiros de Custeio

A política de incentivos financeiros permanecerá com os mesmos valores para os hospitais que atualmente recebem incentivos autorizados pelo Conselho Estadual de Saúde - CESAU, através da Resolução Nº 36 e Resolução Nº 37, datadas de 12 de junho de 2017.

Os valores para os que irão aderir à política:

Classificação por Porte

Incentivos financeiros de custeio - Classificação por porte

HOSPITAL	VALOR POR CLÍNICA	LEITOS	N. MÁXIMO DE CLÍNICAS
ÁREA DESCENTRA-LIZADA	R$ 60.000,00	Mínimo 50 leitos	02 (duas) (mínimo de 20 leitos por clínica)
REGIONAL	R$ 90.000,00	Acima de 50 leitos	05 (cinco) (mínimo de 20 leitos por clínica)

No caso do Hospital dispor de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Pediátrica e ou Neonatal, poderá receber o valor adicional mensal de R$ 90.000,00 (noventa mil reais) por Unidade de Saúde.

Os valores serão divididos em fixo e variável.

Dos Valores Fixos (1º Momento - 80% / 2º Momento - 60%)

Incentivos financeiros de custeio - valores fixos

HOSPITAL	LEITOS	N. MÁXIMO DE CLÍNICAS
ÁREA DESCENTRALIZADA	Mínimo 50 leitos	02 (duas) (mínimo de 20 leitos por clínica)
REGIONAL	Acima de 50 leitos	05 (cinco) (mínimo de 20 leitos por clínica)

Valores Variáveis (1º Momento- 20%/ 2º Momento- 40%)

Quadro 69 – Incentivos financeiros de custeio – Valores variáveis

RESOLUBILIDADE DA CLÍNICA	REPASSE VARIÁVEL
RESOLUBILIDADE - 0 a 50%	1ª. Avaliação: Notificação sem repasse variável 2ª. Avaliação: Encaminhamento ao CESAU
RESOLUBILIDADE - 51 a 100%	100%

11. Fonte de Financiamento e Modalidade de Repasse dos Recursos

Este Programa será financiado por meio dos Recursos Próprios do Tesouro do Estado vinculados a saúde por determinação da Lei Complementar nº. 141/2012. Os recursos serão repassados na modalidade de transferência fundo a fundo, do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS). Este repasse está condicionado à comprovação do funcionamento do Fundo Municipal de Saúde, do Conselho Municipal de Saúde e do Plano Municipal de Saúde, conforme Artigo 22 da Lei Complementar Nº 141/2012**.**

12. Cronograma de Repasse dos Recursos do Fundo Estadual de Saúde

Quadro 70 - Cronograma de repasse dos recursos do fundo Estadual de Saúde

Cronograma de repasse dos recursos do fundo Estadual de Saúde							
REGIÃO DE SAÚDE	**ÁREA DESCENTRALIZADA - ADS**	**MUNICÍPIO**	**HOSPITAIS**	**LEITOS**	**CLÍNICAS PRIORITÁRIAS**	**CLASSIFICAÇÃO**	**VALOR MÊS ATUAL (2017)**
1 FORTALEZA	**1 FORTALEZA**	FORTALEZA	Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC	**161**	Obstétrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO	180.000,00
1 FORTALEZA	**1 FORTALEZA**	FORTALEZA	Instituto José Frota - IJF	**356**	Cirúrgica, Neurocirurgia, Médica, Pediátrica, **UTI Adulto e UTI Infantil**	HOSPITAL POLO	1.876.198,11
1 FORTALEZA	**2 CAUCAIA**	CAUCAIA	Hospital Munic. Abelardo Gadelha	**102**	Cirúrgica, Médica Pediátrica	HOSPITAL POLO	234.000,00
1 FORTALEZA	**2 CAUCAIA**	CAUCAIA	Hospital Mat. Santa Teresinha	**50**	Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL POLO	156.000,00
1 FORTALEZA	**1 FORTALEZA**	AQUIRAZ	Hospital Geral Manuel Assunção Pires	**40**	Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	60.000,00
1 FORTALEZA	**1 FORTALEZA**	EUSÉBIO	Hospital Maternidade Dr Amadeu Sá	**56**	Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	60.000,00
1 FORTALEZA	**1 FORTALEZA**	FORTALEZA	Hospital Cura D'Ars	**56**	Obstétrica e Neonatologia	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
1 FORTALEZA	**1 FORTALEZA**	FORTALEZA	Hospital São Vicente de Paulo	**130**	Psiquiátrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	56.700,00
1 FORTALEZA	**1 FORTALEZA**	FORTALEZA	Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza - SOPAI	**340**	Padiátrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
1 FORTALEZA	**1 FORTALEZA**	FORTALEZA	Santa Casa de Misericórdia	**314**	Médica, cirúrgica, traumatologia, ortopedia e oncologia	HOSPITAL ESTRATÉGICO	450.000,00
1 FORTALEZA	**22 CASCAVEL**	BEBERIBE	Hospital Municipal de Beberibe	**25**	Obstétrica e Médica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00

1 FORTALEZA	**22 CASCAVEL**	CASCAVEL	Hospital Mat. N. Sra das Graças	**60**	Obstétrica e Pedi-átrica	HOSPITAL POLO 156.000,00
1 FORTALEZA	**22 CASCAVEL**	HORIZONTE	Hospital Municipal Venâncio R de Sousa	**46**	Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO 60.000,00
1 FORTALEZA	**3 MARACANAU**	MARACANÁU	Hospital Dr João E de Holanda	**123**	Cirúrgica, Obstétrica, Médica, Pediátrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO 225.000,00
1 FORTALEZA	**3 MARACANAU**	MARANGUAPE	Hospital Argeu Braga Herbster	**51**	Cirúrgica, Obstétrica , Médica, Pediátrica	HOSPITAL POLO 312.000,00
1 FORTALEZA	**3 MARACANAÚ**	REDENÇÃO	Hospital e Maternidade Paulo Sarasate	**59**	Médica, cirurgia geral, pediatria e obstetrícia	HOSPITAL ESTRATÉGICO 180.000,00
1 FORTALEZA	**4 BATURITÉ**	ARACOIABA	Hospital Sta Isabel	**50**	Cirúrgica, Médica	HOSPITAL POLO 156.000,00
1 FORTALEZA	**4 BATURITÉ**	BATURITÉ	Hospital Mat. José P do Carmo	**54**	Obstétrica e Pedi-átrica	HOSPITAL POLO 156.000,00
1 FORTALEZA	**6 ITAPIPOCA**	ITAPIPOCA	Hospital São Vicente	**130**	Cirúrgica, Obstétrica, Médica e Pediátrica	HOSPITAL POLO 312.000,00
2 SOBRAL	**11 SOBRAL**	IPU	Hospital Municipal Dr José Evangelista	**45**	Cirúrgica, Pediátrica, Obstétrica e Médica	HOSPITAL ESTRATÉGICO 180.000,00
2 SOBRAL	**11 SOBRAL**	MUCAMBO	Hospital Municipal Senador Carlos Jereissati	**40**	Médica e Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO 90.000,00
2 SOBRAL	**11 SOBRAL**	SANTA QUITÉRIA	Hospital Municipal de Santa Quintéria	**49**	Pediátrica e Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO 90.000,00
2 SOBRAL	**11 SOBRAL**	SOBRAL	Santa Casa de Sobral	**329**	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica, Neonatologia, Cardíaca, Cardiologia Cirúrgica e **UTI Pediátrica**	HOSPITAL POLO 750.000,00
2 SOBRAL	**12 ACARAÚ**	ARACAÚ	Hospital Mat. Dr Moura Ferreira	**70**	Cirúrgica, Médica,	HOSPITAL POLO 312.000,00

					Obstétrica e Pediátrica		
2 SOBRAL	**13 TIANGUÁ**	TIANGUÁ	Hospital Madalena Nunes	**90**	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO	390.000,00
2 SOBRAL	**14 CRATEÚS**	CRATEÚS	Hospital São Lucas	**112**	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO	390.000,00
2 SOBRAL	**15 CRATEÚS**	TAMBORIL	Hospital Municipal Raimunda Timbó Camelo	**39**	Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	45.000,00
2 SOBRAL	**16 CAMOCIM**	CAMOCIM	Hospital Murilo Aguiar	**78**	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL POLO	312.000,00
3 CARIRI	**17 ICÓ**	CEDRO	Hospital Municipal Zumira Sedrin de Aguiar	**52**	Médica e Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
3 CARIRI	**17 ICÓ**	ICÓ	Hospital Regional Prefeito Walfrido Monteiro	**56**	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL POLO	312.000,00
3 CARIRI	**17 ICÓ**	LAVRAS DA MANGABEIRA	Hospital Vicente Ferrer	**45**	Médica e Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
3 CARIRI	**17 ICÓ**	ORÓS	Hospital Municipal Luiza Teodoro das Costa	**37**	Médica e Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
3 CARIRI	**18 IGUATU**	IGUATU	Hosp. Reg. Dr. Manoel B. De Oliveira	**112**	Médica, Cirúrgica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO	390.000,00
3 CARIRI	**19 BREJO SANTO**	BREJO SANTO	Hospital Geral Brejo Santo	**92**	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO	312.000,00
3 CARIRI	**19 BREJO SANTO**	BREJO SANTO	INCRI – Instituto da Criança	**54**	Pediátrica	HOSPITAL POLO	78.000,00
3 CARIRI	**19 BREJO SANTO**	MILAGRES	Hospital e Maternidade Madre Rosa Gattorno	**74**	Obstétrica e Cirúrgica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00

3 CARIRI	**20 CRATO**	CAMPOS SALES	Hospital Municipal de Campos Sales	**86**	Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO 45.000,00
3 CARIRI	**20 CRATO**	CRATO	Hospital São Francisco	**86**	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO 390.000,00
3 CARIRI	**20 CRATO**	CRATO	Hospital São Raimundo	**102**	Cirúrgica, Pediátrica e Médica	HOSPITAL POLO 270.000,00
3 CARIRI	**20 CRATO**	VARZEA ALEGRE	Hospital São Raimundo - SAMIVA	**53**	Cirúrgica, Médica e Obstétrica	HOSPITAL POLO 234.000,00
3 CARIRI	**21 JUAZEIRO**	BARBALHA	Hospital São Vicente de Paulo	**159**	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica, Neonatologia, Oncológica e **UTI Pediátrica**	HOSPITAL POLO 660.000,00
3 CARIRI	**21 JUAZEIRO**	BARBALHA	Hospital Maternidade Sto Antônio	**110**	Cirúrgica, Neurologia e **UTI Adulto**	HOSPITAL POLO 270.000,00
3 CARIRI	**21 JUAZEIRO**	BARBALHA	Hospital do Coração do Cariri	**56**	Cardiológica, Cirúrgica e **UTI Adulto**	HOSPITAL POLO 270.000,00
3 CARIRI	**21 JUAZEIRO**	JUAZEIRO	Hospital São Lucas	**102**	Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO 175.000,00
3 CARIRI	**21 JUAZEIRO**	MISSÃO VELHA	Hospital Geral de Missão Velha	**72**	Médica e Pediátrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO 90.000,00
4 SERTÃO CENTRAL	**13 TAUÁ**	TAUÁ	Hospital Munic Alberto Feitosa Lima	**74**	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL POLO 312.000,00
4 SERTÃO CENTRAL	**5 CANINDÉ**	CANINDÉ	Hospital São Francisco	**101**	Cirúrgica, Obstétrica, Médica e Pediátrica	HOSPITAL POLO 312.000,00
4 SERTÃO CENTRAL	**8 QUIXADÁ**	QUIXADÁ	Hospital Eudásio Barroso	**43**	Clínica Médica	HOSPITAL POLO 45.000,00

4 SERTÃO CENTRAL	**8 QUIXADÁ**	QUIXADÁ	Hospital Mat. Jesus Maria e José	**54**	Cirúrgica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	HOSPITAL POLO	312.000,00
4 SERTÃO CENTRAL	**8 QUIXADÁ**	QUIXERAMOBIM	Hospital Dr. Pontes Neto	**85**	Cirúrgica, Médica e Obstétrica	HOSPITAL POLO	234.000,00
4 SERTÃO CENTRAL	**8 QUIXADÁ**	QUIXERAMOBIM	Hospital Infantil N. Sra. do Perpetuo Socorro	**52**	Pediátrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	45.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	**10 LIMOEIRO**	IRACEMA	Hospital Municipal Maria Roque de Macêdo	**32**	Pediátrica e Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	**10 LIMOEIRO**	JAGUARIBE	Hospital Municipal de Jaguaribe	**31**	Médica e Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	**10 LIMOEIRO**	LIMOEIRO DO NORTE	Hospital São Raimundo	**60**	Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL POLO	156.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	**10 LIMOEIRO**	LIMOEIRO DO NORTE	Hospital Munic. Deoclécio L Verde	**42**	Médica	HOSPITAL POLO	45.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	**10 LIMOEIRO DO NORTE**	TABULEIRO DO NORTE	Casa de Saúde e Maternidade Celestina Colares	**63**	Médica e obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	**7 ARACATI**	ARACATI	Hospital Municipal Eduardo Dias	**43**	Cirúrgica e Médica	HOSPITAL POLO	90.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	**7 ARACATI**	ARACATI	Hospital Sta Luíza de Marilac	**64**	Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL POLO	156.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	**9 RUSSAS**	JAGUARUANA	Hospital N Sra da Expectação	**24**	Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	45.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	**9 RUSSAS**	MORADA NOVA	Hospital Regional Fco Galvão de Oliveira	**25**	Obstétrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	45.000,00

5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	**9 RUSSAS**	MORADA NOVA	Santa Casa de Morada Nova	**94**	Cirúrgica e Médica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	90.000,00
5 LITORAL LESTE/JAGUARIBE	**9 RUSSAS**	RUSSAS	Casa de Saúde de Russas	**125**	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	HOSPITAL ESTRATÉGICO	390.000,00
TOTAL DA POLÍTICA HOSP. CEARÁ							**13.861.898,11**

13. Monitoramento e Avaliação

Monitoramento é o exame contínuo dos processos, produtos, resultados e os impactos das ações realizadas. Realizado por todos os atores envolvidos, na instância local, regional e Estadual.

Caberá a todas as esferas de gestão do SUS o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pelos hospitais contratualizados ao SUS, respeitadas as competências de cada ente federado e esfera de gestão.

O processo de monitoramento e avaliação incluirá os hospitais que recebem incentivos autorizados pelo Conselho Estadual de Saúde - CESAU, através da Resolução Nº 36 e Resolução Nº 37, datadas de 12 de junho de 2017 e os hospitais que fizerem adesão a esta Política.

Nesse processo será utilizada a análise da Resolubilidade por Clínica, e os recursos de Incentivos serão divididos em 02 (duas) partes: uma FIXA e outra VARIÁVEL. O processo de monitoramento será realizado em 02 (dois) momentos, no 1º MOMENTO - setembro a dezembro de 2018 - os recursos de Incentivos serão divididos na seguinte proporção 80% para a Parte Fixa e 20% a Parte Variável, e no 2º MOMENTO- maio a agosto de 2019 - 60% para a Parte Fixa e 40% para a Parte Variável.

Para os hospitais que a Resolubilidade estiver entre 51 a 100% o município receberá 100% dos recursos de Incentivos. No caso dos hospitais que na primeira avaliação estiver de 0 a 50% a Secretaria da Saúde do Estado fará a Notificação ao gestor municipal e não repassará os recursos correspondentes a Parte Variável. Se na segunda avaliação a Resolubilidade continuar entre 0 a 50% a Secretaria da Saúde do Estado fará a Notificação ao CESAU.

A avaliação da Resolubilidade por Clínica dos Hospitais será realizada na periodicidade quadrimestral, sendo a primeira avaliação correspondente ao período de setembro a dezembro de 2017 e será apenas informativo, não gerando redução dos valores dos Incentivos. Os resultados das avaliações a partir de janeiro de 2018 terão impacto nos valores dos Incentivos.

Após avaliação quadrimestral a ser realizada em janeiro de 2018, os possíveis valores descontados das Clínicas Habilitadas que não apresentaram uma Resolubilidade maior ou igual à 51%, ou seja, os valores variáveis, serão realocados, proporcionalmente, para os hospitais, obedecendo ao seguinte critério: Transferidos para os Hospitais com Resolubilidade maior ou igual 80% em todas as clínicas habilitadas, proporcionalmente.

Os valores atuais repassados aos municípios já inseridos na Política existente serão mantidos. Porém, o processo de monitoramento e avaliação será o mesmo que os novos que fizerem adesão a esta Política.

Das Responsabilidades

1. Avaliação quadrimestral da Resolubilidade dos Hospitais será de responsabilidade da Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria - CORAC/SESA.
2. O desenvolvimento das atividades de Acompanhamento dos critérios de adesão, Adequação do orçamento, Efetivação do pagamento e Aplicação do instrumento de monitoramento mensal, em parceria com os municípios, será de responsabilidade da Coordenadoria das Regionais de Saúde - CORES/SESA.
3. Secretaria Executiva de Políticas de Saúde e Coordenadoria de Atenção à Saúde*[3]/SESA assumirá a responsabilidade de Consolidação da avaliação e apresentação na CIB e CESAU.

Identificação: Programa Estadual de Incentivo Hospitalar

1. Apresentação

A Secretaria da Saúde do Estado, por meio Secretaria Executiva de Políticas de Saúde e Coordenadoria de Atenção à Saúde*, é a responsável pela articulação e formulação das políticas de saúde e o apoio aos municípios na implementação das políticas de saúde consideradas estratégicas.

A Política Estadual de Incentivo Hospitalar (PIH) de 2020-2023 é uma das estratégias do governo do Estado para melhorar o acesso da população aos serviços especializados no âmbito das regiões de saúde, através da adesão dos mesmos à proposta de modernização e transparência na gestão da saúde.

O processo de revisão da Política Estadual de Incentivo Hospitalar ocorre anualmente, por meio de critérios e valores financeiros estabelecidos, seguindo as seguintes etapas:

Validação da proposta com os Núcleos da Secretaria Executiva de Políticas de Saúde e Coordenadoria de Atenção à Saúde: Núcleo de Atenção Primária, Núcleo de Atenção à Saúde Bucal, Núcleo de Atenção às Urgências e Emergências, Núcleo de Atenção Saúde Especializada;
Validação com as Coordenadorias da SESA;
Validação com os Secretários da SESA;
Apresentação da proposta na Câmara Técnica de Planejamento, Gestão e Financiamento da CIB/CE para discussão e negociação;
Pactuação na Comissão Intergestora Bipartite – CIB/CE;

[3]

Apresentação da proposta na Câmara Técnica de Acompanhamento da Regionalização da Assistência no SUS - CANOAS e Câmara Técnica de Orçamento e Finanças – CTOF do Conselho Estadual de Saúde - CESAU para discussão;
Apreciação no CESAU e
Publicação da Resolução

2. Objetivos

2.1 Geral

- Apoiar financeiramente a prestação de serviços especializados de saúde com qualidade, no âmbito das regiões de saúde.

2.2 Específicos

- Fortalecer o processo de descentralização dos serviços de média e alta complexidade para as regiões de saúde.
- Qualificar a inserção dos hospitais Polos como ponto de atenção à Rede de Atenção à Saúde.
- Organizar o fluxo assistencial na perspectiva da integralidade e regionalização

3 . Pressupostos que fundamentam a proposta

Para subsidiar a elaboração da proposta e discussões nas instâncias de pactuação, foram realizados os seguintes levantamentos de informações:

- Série histórica da produção anual dos hospitais que recebem o incentivo federal e estadual.
- Percentual de transferências por hospital (quantitativo e percentual de transferências e total de atendimento).
- Percentual de atendimentos local e regional.
- Levantamento de leitos (classificação por quantidade existente e capacidade de expansão).
- Alinhamento com as Redes de Atenção prioritárias (Materno Infantil, Urgências e Emergências, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Cuidado as Pessoas com Deficiência, inserindo as clínicas pertinentes às essas redes.
- Impacto financeiro.
- Resolutividade dos hospitais.

4 . Fundamentação legal

A proposta fundamenta - se em diversos instrumentos legais:

- Portaria de Consolidação nº 2, 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.
- Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.
- Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS.
- Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
- Política Nacional de Contratualização dos hospitais no âmbito do SUS, Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017
- Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.
- **RDC Nº. 63 / 2011,** Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.
- Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) Port. Nº 529 e 941/2013
- **RDC Nº 36/2013**, Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- **LEI** Nº **6.437**, DE 20 DE AGOSTO DE 1977. Configura infrações à **legislação** sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

5. Os Hospitais Polo no contexto da Regionalização, Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano de Saúde Regional (PSR) e Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).

Os hospitais polos são os serviços hospitalares que atendem à média e alta complexidade em nível regional. Quando classificados como Pontos de Atenção, passam a integrar as Redes de Saúde e devem ser considerados em todos os instrumentos de Planejamento de Saúde, na organização das Redes e nas estratégias relacionadas à regionalização de serviços de Saúde.

5.1 Regionalização da Saúde

A Regionalização da Saúde tem como objetivo promover o acesso à população a serviços especializados que integram as 05(cinco) Regiões de Saúde do Estado. Dentre as várias estratégias do governo do Estado para garantir Atenção Especializada, foram construídas: Policlínicas, Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que integram os Consórcios, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), SAMU 192 Ceará - serviço de atendimento às urgências pré-hospitalares, em todo Estado e os Hospitais Regionais.

O incentivo financeiro do Governo do Estado aos Hospitais Polos, considerados como hospitais de referência regional no Plano Diretor de Regionalização do Estado, destina-se ao custeio para qualificação da assistência e serviços de internação, apoio diagnóstico e terapêutico, com garantia de atendimento à população residente na sua área de abrangência.

5.2 Componentes da Regionalização

Constituição Federal

Art.198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede **regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I-descentralização, com direção única em cada esfera de governo
II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.
III- participação da comunidade.

Lei 8080/1990

Art.7º, IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) **regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde**;

Região de Saúde. Conforme o Decreto nº 7.508 de 2011, é definida como:

Art.2º, II – Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização e o planejamento de ações e serviços de saúde.

Cabe ao Estado instituir formalmente a região de saúde, em acordo com os municípios e respeitadas as pactuações nas Comissões Intergestores, atendendo aos requisitos mínimos de ações e serviços de:

I – atenção primária;

II – urgência e emergência;

III – atenção psicossocial;

IV – atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V – vigilância em saúde.

O decreto, dispõe ainda que a região de saúde deve ser a referência para as transferências de recursos entre os entes federativos e garantir ao cidadão o direito à saúde.

5.3 Plano de Saúde Regional – PSR

O PSR é parte do processo de planejamento do Estado, estabelecido pela Lei Estadual Nº 17.006/2019, de 30 de setembro de 2019, elaborado no âmbito da região de saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e pactuado, monitorado e avaliado pela Comissão Intergestores Regional – CIR, cujo produto será o Plano de Saúde Regional, que servirá de base para a elaboração do Plano Estadual de Saúde.

O PSR é coordenado pela gestão estadual e o produto resultante expressa:

I - Identificação das necessidades de saúde da população da região e a análise da situação de saúde desse território;

II - Diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a região, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados;

III - Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde.

5.4 Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde – PGASS

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde consiste na estimativa de necessidade de serviços de saúde em quantitativos físicos e financeiros, contribuindo para a conformação e organização das **Redes de Atenção à Saúde (RAS).** De acordo com o Decreto 7.508/11, Art. 20, a integralidade da assistência à saúde inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante o referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

5.5 Plano Diretor de Regionalização – PDR

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é um instrumento de planejamento e gestão que objetiva definir e organizar as ações e serviços de saúde no âmbito da região de saúde em todos níveis de atenção à saúde.

O PDR deverá conter os desenhos das redes de atenção em saúde em cada região. As redes devem ser pactuadas, com relação a todas as responsabilidades e todas as ações de saúde, que forem necessárias para o atendimento integral da população.

5.6 Plano Diretor de Investimento – PDI

O Plano Diretor de Investimentos compreende um conjunto de prioridades identificadas na região de saúde a partir do PDR e elaborado proposta de investimento. Deve refletir os investimentos que deverão ocorrer para a ampliação ou implantação de serviços, baseado nas necessidades assistenciais da região e no âmbito do estado.

6. Obrigações e responsabilidades

6.1 Da Secretaria da Saúde do Estado:

- Coordenar, acompanhar, monitorar e avaliar a política de incentivo hospitalar.
- Elaborar instrumentos de orientações para dar suporte aos gestores na implementação do programa.
- Realizar visitas, inspeções técnicas e auditorias, quando necessário.
- Financiar com recursos do Tesouro do Estado, aos municípios que aderirem ao programa de incentivo.
- Regular o acesso dos usuários da Região de Saúde por meio da Regulação (CERSI).
- Dar suporte à informatização das unidades de saúde, considerando principalmente o Prontuário Eletrônico do Paciente e o Registro Eletrônico de Saúde (RES).
- Qualificar e disponibilizar instrumentos para a implantação dos Núcleo de Segurança do Paciente e do Núcleo Interno de Regulação (NIR).
- Inserção no Plano Estadual de Qualificação dos Recursos Humanos em Saúde.
- Regular o acesso aos leitos pelas centrais de regulação.

6.2 Da Secretaria da Saúde do Município:

- Realizar a contratualização com os prestadores de Serviço Hospitalar
- Repassar regularmente ao hospital, por meio do Fundo Municipal de Saúde, os recursos financeiros recebidos do Tesouro do Estado do Ceará, por meio do Fundo Estadual de Saúde, **até o 5º dia útil após o recebimento.**
- Manter os dados das unidades hospitalares atualizadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- Receber do hospital, Relatório Quadrimestral e encaminhar a Superintendência da sua Região, para emissão de parecer e envio da documentação à Coordenadoria de Atenção à Saúde para análise e apreciação.
- Monitorar, controlar e avaliar as ações e serviços contratualizados com o hospital.
- Realizar visitas, inspeções técnicas e auditorias, quando necessário.
- Disponibilizar para Central de Regulação Estadual os leitos conveniados/contratualizados com o SUS.

6.3 Dos prestadores de serviços (Hospitais)

- O serviço de saúde deve dispor de estrutura física adequada ao perfil assistencial, recursos humanos suficientes para a execução dos serviços, equipamentos, insumos e materiais necessários à operacionalização do serviço de acordo com a demanda e legislação vigente.
- Dispor de responsável técnico (RT) e substituto. O serviço de saúde deve dispor de profissional legalmente habilitado pela entidade de classe e que responda durante o período de funcionamento.
- Alimentar regularmente os sistemas de informação, incluindo a notificação de eventos adversos relacionados à assistência em saúde, notificações compulsórias, bem como sistema de custos e outros sistemas disponibilizados pela SESA.
- Garantir mecanismo de prevenção dos riscos de acidentes de trabalho, incluindo o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, em número suficiente e compatível com as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores.
- Assegurar a gratuidade das ações e serviços de saúde contratualizados aos usuários do SUS.
- Ofertar serviços de acordo com a classificação.
- Garantir acesso 100% regulado, mantendo as referências e contra-referências de acordo com os fluxos estabelecidos.

- Garantir acessibilidade às pessoas com deficiência, de acordo com a legislação vigente e NBR 9050 – 2015 – Norma Acessibilidade.
- Implantar Núcleo de Segurança do Paciente.
- Implantar Núcleo Interno de Regulação (NIR).
- Enviar os relatórios de monitoramento no prazo estabelecido.
- Disponibilizar equipe de tecnologia da informação (TI) para implantação do Registro Eletrônico de Informação.

7. Classificação dos hospitais para inserção no Programa de Incentivo

Os hospitais integrantes do Programa Estadual de Incentivo Hospitalar serão os classificados como: Porte III, IV e V, da tipologia da Rede Assistencial do Estado do Ceará. (Anexo1).

8. Critérios de adesão

Para adesão dos hospitais ao Programa de Incentivo, o hospital deverá:

- Estar Cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- Atender aos critérios estabelecidos na tipologia do hospital.
- Garantir funcionamento 24h.
- Assegurar assistência dos pacientes contra - referenciados de hospitais de maior complexidade para a sua respectiva região de saúde.
- Garantir Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) de acordo com a tipologia proposta.
- Possuir gerador de energia.
- Alvará Sanitário Estadual ou aceitação do plano de ação para correção das inconformidades no prazo estabelecido pela VISA.

No caso de hospitais com UTI, serão adotados os seguintes critérios:

- Estar cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, com informações atualizadas.
- Estar habilitado no Ministério da Saúde (encaminhar Portaria de habilitação junto ao processo de solicitação).

- Possuir, no mínimo, 60 leitos gerais ativos ou operacional, conforme Portaria Consolidada Nº 3, de 28 de setembro de 2017.
- Dispor na estrutura hospitalar, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutica, equipamentos, recursos humanos, entre outros requisitos, conforme legislação vigente.

9. Valores dos incentivos

Considerando que o financiamento da assistência hospitalar deverá ser realizado de forma tripartite, pactuado entre as três esferas de gestão, de acordo com as normas específicas do SUS, os recursos do Tesouro do Estado destinados ao Incentivo Hospitalar devem ser previstos no Plano Plurianual e da Regionalização, operacionalizados por meio dos Orçamentos aprovados anualmente.

O repasse dos recursos será feito de forma regular e automática do Fundo Estadual de Saúde (FUNDES) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS), em conformidade com Lei Complementar Nº 141/2012.

Os valores dos recursos de incentivos serão divididos em 02 (duas) partes: uma parte fixa (80%) e outra variável (20%).

Quadro 71 – Valores dos incentivos - Percentual

RECURSO FIXO	RECURSO VARIÁVEL
80%	**20%**

Os valores do incentivo variável serão distribuídos de acordo com a pontuação obtida em indicadores estabelecidos pela Secretaria de Saúde do Estado e avaliados em períodos quadrimestral por meio de relatórios ou preenchimento de sistemas de informação indicados pela gestão estadual.

Quadro 72 – Valores dos incentivos - Pontuação

Especificação	Indicador	Pontuação
Resultado	Taxa de ocupação dos leitos, no mínimo 60% (sessenta)	50 pontos
	Taxa de transferência Inter-hospitalar de pacientes 100% reguladas.	50 pontos
	Total	**100 Pontos**

Os hospitais que se caracterizem como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares,

exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), habilitados pelo Ministério da Saúde, terá um incremento de 20% do valor total do incentivo.

9.1 Dos valores

Quadro 73 - Valores dos incentivos - Valor por porte (III, IV E V)

Porte do Hospital	Valor por Clínica R$	Valor UTI R$
Porte III	80.900,00	93.330,00
Porte IV	93.330,00	93.330,00
Porte V	-	-

O valor por Unidade de Terapia Intensiva independente de modalidade de UTI: **Intensiva, Adulto, Pediátrica e/ou Neonatal**.

10. Disposições Gerais

Prazo de implantação – os novos critérios do incentivo serão aplicados após aprovação e implementação o processo de regionalização das cinco regiões e aprovação do Plenário do CESAU.

Forma do pagamento da quota variável – o valor referente aos **20%** do incentivo variável será pago de acordo com o cumprimento de metas estabelecidas por meio da verificação dos indicadores estabelecidos.

11. Suspensão dos incentivos

O repasse do incentivo de custeio variável será interrompido caso deixe de cumprir os critérios abaixo:

I – Não cumprimento das metas/indicadores estabelecidos

II- Não envio ou preenchimento de relatório mensal de monitoramento no prazo de 60 dias

III- constatação durante o monitoramento, da inobservância da atualização do cadastro no CNES após 90 dias da notificação à unidade

III- Não alimentação dos sistemas de informações em saúde de forma sistemática e/ou não disponibilização dos dados para o sistema de informatização da SESA.

IV – Não prestação de contas no prazo regular.

Quando interrompido o repasse do incentivo, este somente será regularizado, quando demonstrado o cumprimento dos requisitos previstos. E o custeio voltará a ser pago regularmente, mas, sem efeitos retroativos.

Em caso de suspensão do incentivo de custeio variável o repasse será rateado entre as

unidades hospitalares das 5(cinco) Regiões de Saúde.

12. Monitoramento e Avaliação

O monitoramento dos hospitais deverá ser feito por todos envolvidos no processo: Secretaria de Saúde do Estado, do Município e prestadores de serviços, Conselho Estadual de Saúde, respeitadas as competências e responsabilidades de cada ente no contexto do programa a das redes de atenção à Saúde, por meio de sistema de informação.

Após aprovação do Incentivo, será encaminhado um instrutivo com todas as orientações pertinentes a respeito do monitoramento e demais critérios estabelecidos.

13. Impacto Financeiro

A projeção de impacto financeiro:

Proposta - Hospitais (PORTE III, IV E V) incluindo as clínicas de Anestesia , Psiquiatria e Traumatologia. Com reajuste de 3,7% nos valores repassados.

Quadro 74 - Impacto financeiro (PORTE III. IV E V)

PORTE III		Aumento de 3,7% (IPCA - 3,68)
UTI NEO	93.330,00	
UTI PEDIATRÍCA	93.330,00	
UTI ADULTO	93.330,00	
UTU ADULTO	93.330,00	
CLÍNICA	80.900,00	
PORTE IV		
CLÍNICA	93.330,00	
UTI NEO	93.330,00	
UTI PEDIATRÍCA	93.330,00	120000* Ordem judicial na Santa Casa de Sobral e Hospital São Vicente de Paulo em Barbalha
UTI ADULTO	93.330,00	
PORTE V		
Recursos Hospitais 2019		
Estratégicos	7.560.000,00	
Pólos	144.674.377,22	
Total	152.234.377,22	

Anexo 1- Tipologia na Rede Assistencial da Saúde no Estado

HOSPITAIS PORTE III	
Caracterização	• Hospital de assistência secundaria e terciária (*opcional)* • Dispor no mínimo de 50 leitos e os seus serviços atenderão a população da Região de Saúde. • Abrangência Regional com população acima de 115 mil habitantes
Critérios	Atendimento de Urgência e/ou Emergência 24h. **Garantir funcionamento 24h de todas as clínicas e SADT**
	Internação nas especialidades, desde que estejam inseridas na rede de urgência e emergência ou materno infantil: Clínica médica e/ou Clínica pediátrica e/ou Clínica gineco-obstétrica (parto normal e cirúrgico), e/ou Clínica cirúrgica e/ou Clínica traumatológica e/ou Psiquiatria, tratamento Intensivo *(opcional).* Recuperação pós-anestésica e assistência médica especializada na área ambulatorial para os egressos nas especialidades atendidas no Hospital.
	Serviço de Apoio Diagnostico Terapêutico – SADT: - Eletrocardiograma (ECG); - Fisioterapia; - Raio X (capacidade mínima de 500 mA); - Ultrassonografia(de urgência e emergência); - Hemoterapia (agência transfusional). - Disponibilidade de Laboratório de patologia clínica (carteira mínima de acordo com linha de cuidado estadual). **Garantir funcionamento 24h de todas as clínicas e SADT**
	Dispor de Núcleo de Segurança do paciente e protocolos de Segurança do Paciente
Pré-requisitos	Dispor de infraestrutura para atendimento à legislação sanitária e as Boas Práticas em Serviços de Saúde, com aceitação do plano de ação para correção das inconformidades no prazo estabelecido pela VISA.
	Dispor de Núcleo de Segurança do paciente e protocolos de Segurança do Paciente
	Dispor de mecanismos de controle de infecções hospitalares
	Dispor de sistema de informação com registros atualizados dos procedimentos realizados em saúde
	Assegurar programa de educação permanente aos profissionais de saúde e demais trabalhadores e auxiliares

PORTE IV	
Caracterização	• Hospital de assistência secundária e terciária obrigatória; • Dispor no mínimo de 100 leitos *Abrangência Regional, com população acima de 500 mil habitantes*
Critérios	Atendimento as urgências e emergências 24h. Garantir funcionamento 24h de todas as clínicas e SADT

	Internação nas Especialidades de: • Clínica Médica. • Clínica Cirúrgica. • Clínica Pediátrica. • Clínica Gineco-obstétrica (Parto Normal e Cirúrgico). • Clínica Traumatológica. • Tratamento intensivo (**UTI**). • Unidade de Observação • Reanimação Cardio Pulmonar – RCP
	Serviço de Apoio Diagnostico Terapêutico – SADT: • Eletrocardiograma (ECG); • Raio X (capacidade mínima de 500 mA); • Ultrassonografia; • Hemoterapia (agência transfusional). • Laboratório de patologia clínica (carteira mínima de acordo com linha de cuidado estadual). • **Endoscopia**
Pré-requisitos	Dispor de infraestrutura para atendimento à legislação sanitária e as Boas Práticas em Serviços de Saúde, com aceitação do plano de ação para correção das inconformidades no prazo estabelecido pela VISA.
	Dispor de Núcleo de Segurança do paciente e protocolos de Segurança do Paciente
	Dispor de mecanismos de controle de infecções hospitalares
	Dispor de sistema de informação com registros atualizados dos procedimentos realizados em saúde
	Assegurar programa de educação permanente aos profissionais de saúde e demais trabalhadores e auxiliares

PORTE V	
Caracterização	• Hospital de referência estadual com habilitação em uma ou mais das especialidades: Cardiologia; Oncologia; Neurologia Clínica; Neurologia Cirúrgica, Traumato-ortopedia; Obstetrícia (gestação de alto risco) • Dispor acima de 100 leitos *Hospital com classificação de referência Estadual em outras especialidades*
Critérios	Atendimento as urgências e emergências 24h. Garantir funcionamento 24h de todas as clínicas e SADT
	Internação nas especialidades: • Clínica médica, Clínica cirúrgica, Clínica pediátrica, Clínica gineco-obstétrica. • Clínica traumatológica buço-maxilo facial proveniente de trauma (opcional) • Tratamento Intensivo (**UTI)**

	Dispor de todos os serviços auxiliares exigidos nas especialidades ofertadas tais como: • Quimioterapia; • Radioterapia; • Exames hemodinâmicos; • Medicina nuclear; • Radiologia intervencionista; • **Terapia renal substitutiva.**
Pré-requisitos	Dispor de exames de apoio e diagnóstico de maior complexidade.
	Dependendo da especialidade será exigido uma estrutura de SADT necessária para garantia de atendimento resolutivo na especialidade.
	Dispor de infraestrutura para atendimento à legislação sanitária e as Boas Práticas em Serviços de Saúde.
	Dispor de Núcleo de Segurança do paciente e protocolos de Segurança do Paciente.
	Dispor de mecanismos de controle de infecções hospitalares.
	Dispor de sistema de informação com registros atualizados dos procedimentos realizados em saúde
	Assegurar programa de educação permanente aos profissionais de saúde e demais trabalhadores e auxiliares

Classificação de leitos segundo a tipologia

1. Leitos de internação

- Leito Clínico
- Leito Cirúrgico
- Leitos Pediátrico
- Leito Pediátrico Clínico
- Leito Pediátrico Cirúrgico
- Leitos Obstétricos
- Leito Clínico Obstétrico
- Quarto PPP
- Leito Cirúrgico Obstétrico

2. Leitos complementares de internação

- Leito de Isolamento
- Leito de Isolamento Reverso

- Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)
- Unidade de Referência Especializada em Hospitais Gerais (Psiquiatria)
- Unidade de Terapia Intensiva - Adulto
- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P)
- Unidade de Terapia Intensiva Coronariana – UCO
- Unidade de Terapia Intensiva de Queimados – UTIQ
- Leitos de Unidade de Cuidado Intermediário – UCI
- Unidade de Cuidado Intermediário Adulto UCI-A
- Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrico UCIPed
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal- UCIN
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional – UCINCO
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru – UCINCA

3. Leito hospital dia

4. Leito de observação

- Leito de Recuperação Pós-Anestésica (RPA)
- Leito de Apoio para Procedimentos Diagnósticos e/ou Terapêuticos
- Leito de Urgência e Emergência
- Leito de Pré-Parto

Leitos/classificação	**Especificação**
Leito de Internação	Endereço exclusivo de um paciente durante sua estada no hospital, vinculado a uma unidade de internação ou serviço.
Classificação dos leitos de internação: Leito Clínico; Leito Cirúrgico; Leito Pediátrico. E **Leito Obstétrico**	
Leito Clínico	Leito de internação hospitalar destinado de qualquer especialidade clínica: Cardiologia, clínica Geral, Dermatologia, Geriatria, Neonatologia, Pneumologia, Saúde Mental, outros.
Leito Cirúrgico	Leito de internação hospitalar destinado a qualquer especialidade cirúrgica: Cardiologia, Cirurgia Geral, Endocrinologia, Ginecologia, Nefrologia, Urologia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia, traumatologia, outros.
Leito pediátrico	Leito de internação hospitalar destinado a menores de 15 anos. Classificados nas especialidades: a) Leito Pediátrico Clínico b) Leito Pediátrico Cirúrgico

PT GM/MS nº 1.631, de 01 de outubro de 2015	O limite da idade máxima deve ser normatizada de acordo com as condições para atendimento.
Leitos obstétricos clínico	Destinados ao tratamento de complicações relacionadas ao puerpério; tratamento de eclâmpsia; tratamento de edema, proteinúria, transtornos hipertensivos na gravidez, intercorrências na gravidez; assistência ao parto normal e parto em gestação de alto risco.
Leitos obstétricos cirúrgicos	Destinados ao tratamento de transtornos maternos relacionados com à gravidez: descolamento de placenta, curetagem, histerectomia, tratamento cirúrgico de gravidez ectópica, entre outros.
Quarto PPP PT GM/MS n° 11, de 7 de janeiro de 2015 RDC nº 36/ANVISA, de 3 de junho de 2008 ,	Quarto de Pré-Parto, Parto e Puerpério. É uma subclassificação dos Leitos Obstétricos. Privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta.
Leitos complementares de internação	Leitos destinados a pacientes que necessitam de assistência especializada, tais como: as unidades de isolamento, unidades de tratamento intensiva e semi-intensiva
Os leitos complementares de internação são classificados em: **Leito de Isolamento; Leito de Cuidados Intensivos (UTI); Leito de Cuidados Intermediários (UCI).**	
Leito de isolamento	Leito de internação hospitalar dotado de barreiras contra contaminação, destinados à internação de pacientes suspeitos ou portadores de doenças transmissíveis.

Leitos/classificação	Especificação
Leito de unidade de terapia intensiva (UTI) PT GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. PT/GM/MS nº 3.432/1998 RDC/ANVISA nº 07/2010.	Leitos destinados à internação de pacientes graves ou de risco, que requer atenção profissional especializada, contínua.
	Os leitos de UTI são classificados em: Leito de Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (Tipo I, II ou III) UTI destinada à assistência de pacientes com idade superior a 15 anos
Leito de unidade de terapia intensiva pediátrica PT GM/MS nº 1.631/2015	Tipo II e III e UTI destinada à assistência a pacientes com idade entre 29 dias e menor que15 anos.
Leito de unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN)	Unidade Neonatal, para recém-nascido grave que exige assistência especializada.
PT/GM/M n° 930, de 10 de maio de 2012	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal são serviços hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, com idade entre 0 e 28 dias
Leito de unidade de terapia intensiva coronariana (UCO) TIPO II OU TIPO III	São leitos capaz de fornecer apoio diagnóstico e terapêutico, para tratamento percutâneo e/ou cirúrgico.
Leito de unidade de cuidado intermediário (UCI)	Leito hospitalar destinado a pacientes em risco moderado, que requer cuidados intermediários entre a unidade de internação e a unidade de terapia intensiva.
leitos destinados aos pacientes graves ou potencialmente graves, com idade superior a 15 anos. Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Adulto (UCI-A)	
Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrico (UCI-PED)	leitos destinados aos pacientes graves ou potencialmente graves, com idade entre 29 dias e menor que15 anos.
Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN)	Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO) leitos destinados ao atendimento de recém-nascidos de médio risco e demandem assistência contínua.
	Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCA). Leitos destinados ao acolhimento da mãe e o recém-nascido para prática do método Canguru.
Leito hospital dia	Leito hospitalar destinado ao atendimento do paciente adulto ou pediátrico, por um período até 12 horas, para tratamento clínico, cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico.
	Observação: O leito de hospital dia é considerado leito de internação, mas para fins do cálculo da taxa de ocupação hospitalar, não são incluídos.
Leitos/classificação	**Especificação**
Leito hospitalar de observação	leito destinado para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas, não sendo considerado como leito hospitalar de internação.
	O leito de observação pode ser revertido em leito de internação em caso de necessidade
Leito de recuperação pós-anestésica (RPA)	Leito de observação destinado à prestação de cuidados pós-anestésicos e/ou pós-cirúrgicos a até que os pacientes tenham condições de serem liberados para o leito de internação

Leito de apoio para procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos	Leito de observação destinado à prestação de cuidados pós-procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, até que eles tenham condições de serem liberados para o leito de internação ou saída hospitalar. Exemplos: leito da unidade de hemodiálise/diálise, leito de recuperação pós-procedimentos endoscópicos, leito de recuperação pós-procedimentos hemodinâmicos, quimioterapia, etc
Leito de urgência e emergência	Leito destinado a prestação de cuidados aos pacientes, por um período inferior a 24 horas, classificados de acordo com o grau de riscos e vulnerabilidade.
Leito de pré-parto	Leito de observação localizado em unidade de atendimento obstétrico pelas pacientes durante o trabalho de parto até o momento da realização do parto.

Anexo 2 - Classificação de UTIs

Classificação de UTIs

I- UTI Neonatal

Conforme Portaria 930/2012, do Ministério da Saúde, a Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. As Unidades Neonatais são divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos:

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias:	
	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

Poderá ser implantada, alternativamente, uma Unidade Neonatal de 10 (dez) leitos com um subconjunto de leitos, na proporção de 4 (quatro) leitos de UTIN para 4 (quatro) leitos de UCINCo e 2 (dois) leitos de UCINCa .

II- UTI Pediátrica

UTI Pediátrica
Possuir, no mínimo, 60 leitos gerais ativos ou operacional.
10% dos leitos de pediatria, sendo o mínimo de 5 (cinco) leitos de UTI Pediátrica, no Hospital disponibilizado para o SUS.

III- UTI Adulto

UTI Adulto
Possuir, no mínimo, 60 leitos gerais ativos ou operacional
10% dos leitos gerais, sendo o mínimo de 08 (oito) leitos de UTI Adulto, no Hospital disponibilizado para o SUS.

Anexo 3 - Indicadores

Indicadores

3.1- Indicador de Processo

- **Taxa /percentual de ocupação:**

A taxa de ocupação traça o percentual do total de pacientes atendidos pela quantidade de leitos disponíveis por dia, sempre levando em conta um período pré-determinado.

TO: Média de doentes/dia
_____ X 100
Nº de leitos operacionais

Se o percentual de ocupação for pequeno, demonstra que a estrutura da instituição vai além da necessária. Entretanto, se costuma passar da capacidade total, é preciso investir em expansão.

II- Indicador de Resultado

Taxa de Transferência de Pacientes

A taxa de transferência apresenta o percentual de transferência de pacientes, sempre levando em conta um período pré-determinado.

TTP: Número de internamentos/mês
_____ X 100
Numero de transferências/mês

REGIÃO DE SAÙDE	HOSPITAL POLO E MACROREGIONAL	NATURE-ZA	MUNICÍPIO	TIPOLO-GIA	CLÍNICAS	Nº CLÍNI-CAS	VALOR P/ CLÍNICA	VALORES	VALORES
							MÊS / R$	MÊS / R$	ANO/R$
FORTALEZA	Instituto Dr. José Frota	Público	Fortaleza	Porte V	Traumato-Ortopedia, Neurocirurgia, Atendimento a Queimados, UTI Adulto e UTI Pediátrica	5		1.945.617,44	**23.347.409,28**
	Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC	Filantrópico	Fortaleza	Porte IV	Obstétrica e Neonatologia	2	93.330,00	186.660,00	**2.239.920,00**
	Santa Casa de Misericórdia	Filantrópico	Fortaleza	Porte IV	Médica, Cirurgia Geral, Traumato-Ortopedia, Clínica Cirúrgica Ontológica	5	93.330,00	466.650,00	**5.599.800,00**
	Hospital Cura D'Ars	Filantrópico	Fortaleza	Porte IV	Obstétrica e Neonatologia	2	93.330,00	186.660,00	**2.239.920,00**
	Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza - SOPAI	Filantrópico	Fortaleza	Porte IV	Pediátrica	1	93.330,00	93.330,00	**1.119.960,00**
	Hospital Nossa senhora das Graças	Filantrópico	Cascavel	Porte III	Obstétrica e Pediátrica	2	80.900,00	161.800,00	**1.941.600,00**
	Hospital Municipal Abelardo Gadelha da Rocha	Público	Caucaia	Porte III	Cirúrgica, Médica e Pediátrica	3	80.900,00	242.700,00	**2.912.400,00**
	Hospital e Maternidade Santa Teresinha	Público	Caucaia	Porte III	Obstétrica e Pediátrica	2	80.900,00	161.800,00	**1.941.600,00**
	Hospital Municipal Dr. Argeu Braga Herbert	Público	Maranguape	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	4	80.900,00	323.600,00	**3.883.200,00**
	Hospital Dr. João Elísio de Holanda	Público	Maracanaú	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	5	80.900,00	404.500,00	**4.854.000,00**
	Hospital José Pinto do Carmo	Filantrópico	Baturité	Porte III	Obstétrica e Pediátrica	2	80.900,00	161.800,00	**1.941.600,00**
	Hospital Santa Isabel	Público	Aracoiaba	Porte III	Cirúrgica e Médica	2	80.900,00	161.800,00	**1.941.600,00**
	Hospital São Vicente de Paulo	Filantrópico	Itapipoca	Porte IV	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	5	93.330,00	466.650,00	**5.599.800,00**
SERTÃO CENTRAL	Hospital São Francisco	Filantrópico	Canindé	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	4	93.330,00	373.320,00	**4.479.840,00**
	Hospital Eudásio Barroso	Público	Quixadá	Porte III	Médica	1	45.000,00	45.000,00	**540.000,00**
	Hospital e Maternidade Jesus Maria José	Filantrópico	Quixadá	Porte IV	Cirúrgica, Obstétrica, Pediátrica, Neonatologia e UTI NEO	5	93.330,00	466.650,00	**5.599.800,00**
	Hospital Regional Dr. Pontes Neto	Público	Quixeramobim	Porte III	Cirúrgica, Médica e Obstétrica	3	80.900,00	242.700,00	**2.912.400,00**
	Hospital e Maternidade dr. Alberto Feitosa Lima	Filantrópico	Tauá	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	4	80.900,00	323.600,00	**3.883.200,00**
REGIÃO DE SAÙDE	**HOSPITAL POLO E MACROREGIONAL**	**NATURE-ZA**	**MUNICÍPIO**	**TIPOLO-GIA**	**CLÍNICAS**	**Nº CLÍNI-CAS**	**VALOR P/ CLÍNICA**	**VALORES**	**VALORES**

LITORAL LESTE JAGUARIBE	Hospital Municipal Eduardo Dias	Público	Aracati	Porte III	Cirúrgica e Médica	2	80.900,00	161.800,00	**1.941.600,00**
	Hospital Santa Luiza de Marilac	Filantrópico	Aracati	Porte III	Obstétrica e Pediátrica	2	80.900,00	161.800,00	**1.941.600,00**
	Hospital e Casa de Saúde de Russas	Filantrópico	Russas	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	5	80.900,00	404.500,00	**4.854.000,00**
	Hospital São Raimundo	Filantrópico	Limoeiro do Norte	Porte III	Médica, Obstétrica e Pediátrica	3	80.900,00	242.700,00	**2.912.400,00**
SOBRAL	Santa Casa de Misericórdia de Sobral	Filantrópico	Sobral	Porte IV	Médica, Cirurgia Geral, Gineco -Obstétricia, Pediátrica, Neonatologia ,UTI Pediátrica, Cardiolofia Clínica e Cardiologia Cirúrgica	8	93.330,00	773.310,00	**9.279.720,00**
	Hospital Dr Estevam Ponte	Filantrópico	Sobral	Porte III	Cirúrgica, Médica e Obstétrica	3	93.330,00	279.990,00	**3.359.880,00**
	Hospital Maternidade Dr. Moura Ferreira	Filantrópico	Acaraú	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	4	80.900,00	323.600,00	**3.883.200,00**
	Hospital Madalena Nunes	Filantrópico	Tianguá	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	5	80.900,00	404.500,00	**4.854.000,00**
	Hospital São Lucas	Filantrópico	Crateús	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	5	80.900,00	404.500,00	**4.854.000,00**
	Hospital Murilo Aguiar	Filantrópico	Camocim	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	4	80.900,00	323.600,00	**3.883.200,00**
CARIRI	Hospital Regional Prefeito Walfrido Monteiro	Público	Icó	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	4	80.900,00	323.600,00	**3.883.200,00**
	Hospital Regional Dr. Manoel B. de Oliveira	Público	Iguatu	Porte IV	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica e Neonatologia	5	93.330,00	466.650,00	**5.599.800,00**
	Hospital Geral Brejo Santo	Público	Brejo Santo	Porte IV	Cirúrgica, Médica, Gineco-Obstétrica, Neonatologia e UTI ADULTO	5	93.330,00	466.650,00	**5.599.800,00**
	Instituto da criança Menino Jesus de Praga - INCRI	Filantrópico	Brejo Santo	Porte III	Pediátrica	1	80.900,00	80.900,00	**970.800,00**
	Hospital São Raimundo	Filantrópico	Crato	Porte IV	Cirúrgica, Médica e Traumato-Ortopedia	3	93.330,00	279.990,00	**3.359.880,00**
	Hospital São Raimundo - SAMIVA	Filantrópico	Várzea Alegre	Porte III	Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica	4	80.900,00	323.600,00	**3.883.200,00**
	Hospital São Francisco	Filantrópico	Crato	Porte IV	Cirúrgica, Médica, Obstétrica, Pediátrica, Neonatologia e UTI NEO	6	93.330,00	559.980,00	**6.719.760,00**
	Hospital São Lucas	Público	Juazeiro do Norte	Porte IV	Obstétrica, Neonatologia e UTI NEO	3	93.330,00	279.990,00	**3.359.880,00**
	Hospital São Vicente de Paulo	Filantrópico	Barbalha	Porte IV	Cirúrgica, Médica, Gineco-Obstétrica, Oncológica, Pediátrica, Neonatologia e UTI Pediátrica	7	93.330,00	679.980,00	**8.159.760,00**

	Hospital do Coração do Cariri	Filantrópico	Barbalha	Porte IV	Cardiológica, Cirúrgica e UTI Adulto	3	93.330,00	279.990,00	**3.359.880,00**
	Hospital e Maternidade Santo Antônio	Filantrópico	Barbalha	Porte IV	Cirúrgica, Neurologia e UTI Adulto	3	93.330,00	279.990,00	**3.359.880,00**
TOTAL	**39 Hospitais**							**13.916.457,44**	**166.997.489,28**

Projeto Nascer no Ceará

Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Saúde – SESA
Fundo Estadual de Saúde - FUNDES

PROJETO: Nascer no Ceará

MAPP 3400

SESA

Agosto/ 2020

Secretaria/Vinculada	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - **SESA**
Programa (PPA)	631 – Atenção à Saúde Perto do Cidadão
Mapp (Nº e Denominação)	3400 – Projeto Nascer no Ceará
Período de Execução (Exercício 2020)	Agosto à Dezembro
Categoria	Assistencial – Proteção Social Básica

1. Descrição do Projeto

A morbimortalidade materna e perinatal está vinculada a causas preveníveis como o desigual acesso e uso dos serviços de saúde, deficiente qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. O projeto Nascer no Ceará objetiva reduzir a morbimortalidade materna e perinatal no estado do Ceará fortalecendo o processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde do SUS e qualificando à assistência na linha de cuidado materno infantil através da implementação de protocolos, qualificação de profissionais, qualificação dos pontos de atenção e definição de fluxos assistenciais nos três níveis de atenção nas 5 (cinco) regiões de saúde do Estado do Ceará, iniciando pela Região de Fortaleza e posteriormente nas outras regiões de saúde.

2. Contextualização do Projeto no Planejamento Estadual

O combate à pobreza tem se apresentado no cenário nacional como uma necessidade prioritária para garantia dos direitos sociais estabelecidos no art. 6º, da Constituição Federal de 1988, dentre os quais destacamos: a saúde, a educação, a alimentação, a moradia, a proteção à maternidade e à infância, e a proteção aos desamparados.

No Estado do Ceará, o Fundo Estadual de Combate à Pobreza (FECOP), instituído pela Lei complementar Nº 37, de 26 de novembro de 2003, e regulamentado pelo Decreto Nº 29.910, de 29 de setembro de 2009, vem se configurando como um meio para fortalecimento e ampliação de políticas públicas capazes de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população pobre, nas diversas áreas de atuação: saúde, assistência social, educação, cultura, esporte, desenvolvimento agrário, entre outras.

As ações programadas neste projeto possibilitarão o cumprimento prioritário da diretriz "Promover saúde individual e coletiva para a melhoria da qualidade de vida das pessoas".

O "Projeto Nascer no Ceará" vem ao encontro da política de governo do Estado do Ceará (PPA 2020-2023), o qual se vincula:

1.	**Eixo Governamental**	Ceará Saudável
2.	**Tema Estratégico**	6.3 Saúde
3.	**Resultado Temático**	População com saúde integral de qualidade
3.1	**Indicador Temático**	Taxa de mortalidade neonatal
4.	**Programa**	631 – Atenção à Saúde Perto do Cidadão

5.	**Objetivo**	Melhorar a resolutividade e a eficiência das ações de saúde, de forma integrada, equânime e regionalmente bem distribuída.
5.1	**Indicadores Programáticos**	Não se aplica
6.	**Iniciativa**	631.1.02 - Expansão da oferta de serviços das redes de atenção à saúde.
7.	**Entrega**	Rede de Atenção à Saúde Expandida
8.	**Ação (LOA 2020)**	11149 – Apoio na Atenção à Saúde da Mulher (Nascer no Ceará)

- **Diagnóstico**

Dentre os principais determinantes do óbito infantil no Brasil e no Ceará estão as condições socioeconômicas, sendo a mortalidade infantil concentrada em populações marcadas pela desigualdade social de forma ampla. As taxas de mortalidade infantil relativas ao componente neonatal precoce no Brasil, especialmente no Norte e Nordeste, não alcançaram a mesma redução que a taxa de mortalidade infantil global na última década.

Os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) permitem perceber a persistência das iniquidades socioeconômicas em nível regional e quanto aos grupos sociais, uma vez que os óbitos infantis continuam se concentrando especialmente entre famílias de baixa renda. Por outro lado, a falta de acesso a serviços de atenção ao parto de qualidade também pode ser um fator relevante para o problema, uma vez que a qualidade da atenção hospitalar é determinante para o desfecho da gestação, em face da sua resolutividade.

Considerando Portaria MS 4279/2010 em seu anexo, temos que: Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado e que o objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica; Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores / financiadores e os prestadores de serviço; para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos;

Considerando ainda a Portaria citada acima, temos que: A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados neste território. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços. A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso. Níveis de atenção são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS. Estruturam- se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

Diante disto e considerando os princípios do SUS de regionalização e hierarquização, de modo que um município seja autossuficiente em sua Atenção Primária a Saúde, uma determinada área descentralizada de saúde, que venha a abranger pequeno número de municípios, seja autossuficiente em atenção secundária, tanto em urgência e emergência como em atenção eletiva, e que uma região seja autossuficiente em atenção terciária, traz-se proposta de reestruturação da Rede de Atenção Materno Infantil.

O Programa Nascer no Ceará propõe a reorganização da inserção dos pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil, a partir das diretrizes acima descritas, com o objetivo de assegurar a continuidade do cuidado. A assistência materno infantil no estado no âmbito do SUS será organizada a partir das necessidades da população, por área descentralizada / região de saúde, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseados na ambiência adequada e segura, em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização da linha de cuidado e na vinculação e regulação do acesso, iniciando as ações pela região de Fortaleza.

O foco desta iniciativa é o aprimoramento da organização das redes para um melhor atendimento aos usuários do SUS. Os principais pontos abordados pela 2ª fase do programa, contemplam:

- Fortalecer o acesso à assistência integral das gestantes das 48 mil famílias em situação de extrema pobreza portadoras do cartão Mais Infância Ceará;
- Garantir o acesso a assistência integral das gestantes de Alto Risco portadora do cartão Mais Infância;
- Qualificação do pré-natal com a estratificação de risco e fortalecer a realização dos exames

das gestantes e vinculação as maternidades para o parto e nascimento;

- Garantia de acesso ao pré-natal de alto risco para gestantes estratificadas como alto risco;
- Integrar as maternidades como um dos pontos atenção da RAS;
- Avaliação, seleção e readequação dos pontos de atenção especializado ambulatorial
- Capacitação e qualificação dos profissionais da assistência materno infantil nos três níveis de atenção(será realizada por meio do Projeto MAPP 243 - Projeto de Educação Permanente na Atenção Integral à Saúde Materno-infantil “Nascer no Ceará”).
- Implementação da inserção de contraceptivos de longa duração nos pontos de atenção

A estimativa de gestantes no estado do Ceará para o ano 2020 é de 127.850 gestantes, das quais 85% de risco habitual e 15% alto risco. Ressalta-se que 90% do total de gestantes do estado são dependentes do SUS (SINASC/ANS).

- **Justificativa**

Entende-se que a mortalidade materna e infantil se apresenta como uma expressão "questão social", e seus índices são indicadores de pobreza, bem como da qualidade de vida de sua população.

As desigualdades sociais entre regiões e populações no Brasil se reproduzem nas taxas de mortalidade infantil, constituindo um relevante problema de saúde a ser enfrentado por toda a sociedade. Apesar do declínio da mortalidade infantil na última década, as taxas encontradas nas regiões Norte e Nordeste são consideradas elevadas e incompatíveis com o desenvolvimento do país, ressaltando as persistentes desigualdades regionais e entre grupos sociais e econômicos, com concentração dos óbitos na população mais pobre. Tendo em vista que essas mortes são consideradas evitáveis em sua maioria, intervenções para sua redução podem estar ligadas a mudanças estruturais nas condições de vida da população, mas também a ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde.

As principais falhas que contribuem para as altas taxas de mortalidade materna, fetal e neonatal precoces são relacionadas à qualidade da atenção pré-natal, diagnóstico de alterações na gravidez, manejo obstétrico e atendimento do recém-nascido na sala de parto (reanimação). Dessa forma, os principais problemas que conduzem ao desfecho negativo da gestação são relacionados a

falhas na capacidade de prevenção e resposta em face de intercorrências durante a gestação, parto e puerpério, coincidindo com o período perinatal.

GASTO COM INTERNAÇÕES DE RECÉM-NASCIDOS EM UTI NEONATAL POR MACRORREGIÃO – 2018

Macrorregião de Saúde	Nº de Recém-nascidos internados	Quantidade de diárias custo médio da diária R$ 1.200,00	Custo Anual
Fortaleza	2.873	64.948	77.937.600,00
Norte	976	22.315	26.778.000,00
Cariri	311	7.522	9.026.400,00
Sertão Central	255	3.312	3.974.400,00
Total	**4415**	**98.097**	**117.716.400,00**

Fonte: SESA/CORAC/ Sistema de Informação Hospitalar.

Diante disso, o presente projeto se faz necessário, tendo em vista seu objetivo de contribuir para a redução da morbimortalidade materna e perinatal reestruturando os pontos de atenção da linha de cuidado materno-infantil a partir do cuidado à gestação de Alto Risco nas 5(cinco) regiões de saúde do Estado do Ceará, iniciando pela Região de Fortaleza e posteriormente nas outras regiões de saúde.

O projeto fortalecerá o processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde do SUS qualificando a assistência na rede materno infantil através da elaboração e implementação de protocolos, qualificação de profissionais e definição de fluxos assistenciais nos três níveis de atenção. A Região de Fortaleza foi selecionada para o início da implantação das estratégias do programa previstas para 2020.

5. Histórico

Ano	Valor FECOP	Valor (outras fontes) (*)	Valor Total Aplicado	Nº de Beneficiários
2018	7.487.320,00	-	2.540.608,57	-
TOTAL	**7.487.320,00**	**-**	**2.540.608,57**	**-**

No ano de 2018 foram iniciadas as atividades de elaboração da identidade visual do Programa Nascer no Ceará, elaboração do aplicativo Nascer no Ceará, construção do diagnóstico situacional da assistência materno infantil nas macrorregiões de saúde do Sertão Central, Cariri, Litoral Leste Jaguaribe e Sobral, elaboração, validação e publicação dos protocolos/condutas

assistenciais e 4 (quatro) oficinas de qualificação de profissionais da linha de cuidado materno infantil nas macrorregiões no período de agosto a dezembro.

No decorrer do segundo semestre do referido ano, devido ao período eleitoral, várias atividades foram suspensas, adiadas para pós eleições prejudicando o cumprimento do cronograma de implantação. Essas atividades que seriam responsáveis pelos indicadores de processo e resultado do projeto tiveram seu cronograma de implantação adiado para o ano de 2019 e consequentemente a utilização dos recursos prorrogados também. Diante disso, a execução de 2018 ainda não reflete a população beneficiada prevista.

Durante o ano de 2019 não foram implementadas as ações do projeto previstas em decorrência da mudança de gestão e reorganização do organograma da SESA, das indefinições dos processos de trabalho e suas competências.

As metas previstas no projeto se referem após a implantação, diante do adiamento da execução do projeto, as metas não foram alcançadas. Ficando para o ano de 2020 a sua execução.

6. Público Alvo

Gestantes e recém-nascidos de alto risco residentes nas 5 (cinco) regiões de saúde do Estado do Ceará, iniciando pela Região de Fortaleza e posteriormente nas outras regiões de saúde.

Público Alvo	Total Previsto
Gestantes de Alto Risco	19.162
Gestantes de Risco habitual	108.757
Sub total 1: Gestantes	**127.919**
Recém-nascidos de Alto Risco	4.858
Sub total 2: Recém-nascidos	**4.858**
Total	**132.777**

Fonte: SINASC/ SESA, 2019.

6.1. Critérios Adotados para Seleção dos Beneficiários

Serão beneficiados pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

6.2 Documentos Comprobatórios da situação de pobreza

Este item não se aplica ao projeto, visto que o público alvo são gestantes que fazem pré–natal nas unidades básicas de saúde, com o objetivo de reduzir os índices de mortalidade materna e

infantil do Estado do Ceará. Ressalta-se que no Estado 90% das gestantes são dependentes SUS.

7. Objetivos (Geral e Específico)

7.1 Geral:

Reestruturar a Rede de Atenção Materno-Infantil do Estado do Ceará para a redução da mortalidade e morbidade materna e perinatal.

7.2 Específicos:

- Fortalecer o acesso e a assistência integral das gestantes portadoras do Cartão Mais Infância;
- Fortalecer junto aos municípios a estratificação de risco das gestantes, a garantia dos exames preconizados no protocolo de pré-natal e a vinculação das gestantes ao pré-natal de alto risco e ao parto;
- Garantir o pré-natal qualificado às gestantes estratificadas como Alto Risco;
- Realizar diagnóstico situacional das maternidades usando o marco teórico de avaliação de serviços proposto por Donabedian avaliando Estrutura, Processo e Resultados;
- Apoiar a implantação do acolhimento das gestantes com classificação de risco nas maternidades;
- Apoiar a implantação de carrinho/ kits de emergências obstétricas (hipertensão e hemorragia) nas maternidades;
- Requalificar (Infraestrutura física e equipamento) as 10 Maternidades de Referência para Alto Risco e as Maternidades de Risco Habitual selecionadas que apresentam não conformidades de acordo com o Relatório de Análise/RDC 36/2008-ANVISA;
- Implementar a inserção de contraceptivos de longa duração no pós parto e abortamento nos pontos de atenção selecionados das 5 (cinco) regiões.

8. Atividades / Detalhamento das Atividades

8.1 Atividades Realizadas em Anos Anteriores

Trata-se do segundo ano de execução do projeto, por isso apresentamos as atividades realizadas no ano de 2018. O item abaixo descreve as atividades realizadas:

a)Elaborada análise situacional da assistência materno-infantil das macrorregiões de saúde:

Sertão Central, Cariri, Litoral Leste/Jaguaribe e Sobral.

Responsável pela atividade: Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (SOCEGO) e Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher, Adolescente e Criança (NUSMAC/SESA).

b) Elaborado, validado e publicado de 10 (dez) protocolos clínicos "Condutas Assistenciais" do Programa Nascer no Ceará:

- Estratificação de risco
- Pré-natal de risco habitual
- Pré-natal de alto risco
- Hipertensão
- Hemorragia
- Infecção
- Boas práticas na assistência ao parto
- Urgência e Emergência Obstétrica
- Contracepção
- Boas Práticas de Assistência ao Recém-Nascido.

Responsável pela atividade: SOCEGO.

c) Realizadas 4 (quatros) oficinas de Qualificação dos profissionais nas macrorregiões de saúde: Sertão Central; Cariri; Litoral Leste/Jaguaribe; Sobral.
Responsável pela atividade: SOCEGO e NUSMAC/SESA.

d) Distribuídos métodos contraceptivos seguros e efetivos, em especial de longo prazo, para mulheres com gestação de alto risco: 500 DIU de Mirena; 1.000 Implantes Subdermicos (IMPLANON)

Responsável pela atividade: NUSMAC/COPAS/SESA.

e) Elaborado um aplicativo para o monitoramento dos indicadores do Programa Nascer no Ceará.
Responsável pela atividade: NUSMAC/NUINF/SESA.

f) Elaborada a Identidade Visual do Programa Nascer no Ceará.
Responsável pela atividade: SOCEGO.

g) Realizados 2 seminários de sensibilização para os gestores municipais.
Responsável pela atividade: NUSMAC/COPAS/SESA.

- **Atividades a serem realizadas no ano de 2020**

Atividades do Objetivo 1 - Fortalecer o acesso e a assistência integral das gestantes portadoras do Cartão Mais Infância da região de saúde de Fortaleza:

- Identificar junto aos municípios todas as gestantes portadoras do Cartão Mais Infância;
- Monitorar o acesso e a assistência integral das gestantes portadoras do Cartão Mais Infância nos três níveis de atenção;

Responsável pela atividade: Secretaria de Saúde dos Municípios, Áreas Descentralizadas de Saúde e Coordenação do Programa Nascer no Ceará/ Superitêndencia de Fortaleza /SESA.

Atividades do Objetivo 2 - Fortalecer junto aos municípios a estratificação de risco das gestantes, a garantia dos exames preconizados no protocolo de pré-natal e a vinculação das gestantes ao pré-natal de alto risco e ao parto da região de saúde de Fortaleza:

- Pactuar com os municípios a implementação da estratificação de risco na APS, a garantia dos exames de todas as gestantes, vinculando para o pré-natal de alto risco e as maternidades para assistência ao parto e nascimento, com ênfase nas gestantes beneficiadas do cartão Mais Infância
- Implantar o aplicativo Nascer no Ceará na atenção primária dos municípios;
- Implantar instrumentos de vinculação das gestantes às maternidades para o parto e nascimento;

Responsável pela atividade: Secretaria de Saúde dos Municípios, Áreas Descentralizadas de Saúde e Coordenação do Programa Nascer no Ceará/ Superitêndencia de Fortaleza /SESA.

Atividades do Objetivo 3 - Garantir o Pré-natal qualificado às gestantes estratificadas como Alto Risco da região de saúde de Fortaleza:

- Pactuar com os municípios/ consórcios as consultas e os exames de pré-natal das gestantes de alto risco de acordo com a demanda;

Responsável pela atividade: Secretaria de Saúde dos Municípios, Áreas Descentralizadas de Saúde

e Coordenação do Programa Nascer no Ceará/ Superitêndencia de Fortaleza /SESA.

Atividades do Objetivo 4 - Realizar diagnóstico situacional das maternidades usando o marco teórico de avaliação de serviços proposto por Donabedian avaliando Estrutura, Processo e Resultados da região de saúde de Fortaleza:

- Realizar visitas in loco para avaliação das Estruturas, Processos e Resultados das Maternidades;
- Elaborar e validar relatório de Análise para subsidiar a tomada de decisão sobre quais Maternidades de Referência para Alto Risco necessitam de investimentos para qualificação na assistência.

Responsável pela atividade: Áreas Descentralizadas de Saúde e Coordenação do Programa Nascer no Ceará/ Superitêndencia de Fortaleza /SESA.

Atividades do Objetivo 5 - Apoiar a implantação do acolhimento das gestantes com classificação de risco nas maternidades da região de saúde de Fortaleza:

- Implantar o protocolo de classificação de risco nas maternidades;
- Monitorar a adoção do protocolo;

Responsável pela atividade: Áreas Descentralizadas de Saúde e Coordenação do Programa Nascer no Ceará/ Superitêndencia de Fortaleza /SESA.

Atividades do Objetivo 6 - Apoiar a implantação de carrinho/ kits de emergências obstétricas (hipertensão e hemorragia) nas maternidades da região de saúde de Fortaleza:

- Implantar carrinhos/kit de emergência obstétricas (hipertensão e hemorragia) nas maternidades de referência;
- Monitorar a adoção do protocolo de emergência obstétricas (hipertensão e hemorragia);

Responsável pela atividade: Áreas Descentralizadas de Saúde e Coordenação do Programa Nascer no Ceará/ Superitêndencia de Fortaleza /SESA.

Atividades do Objetivo 7 - Requalificar (Infraestrutura física e equipamento) as policlínicas, as maternidades de referência para Alto Risco e as Maternidades de Risco Habitual da região de saúde de Fortaleza:

4. Elaborar e executar projeto de requalificação (Infraestrutura física e equipamento) de cada policlínica e maternidade que apresente inconformidades segundo critérios normativos.

Responsável pela atividade:Áreas Descentralizadas de Saúde e Coordenação do Programa Nascer no Ceará/ Superitêndencia de Fortaleza /SESA.

Atividades do Objetivo 8 - Implementar a inserção de contraceptivos de longa duração no pós parto e abortamento nas maternidades de referência para alto risco das 5 (cinco) regiões e nas policlínicas da região de saúde de Fortaleza:

- Ofertar os contraceptivos de longa duração para as policlínicas e as maternidades de referência para alto risco.

Responsável pela atividade: Coordenação do Programa Nascer no Ceará/ Superitêndencia de Fortaleza /SESA.

9. Produtos /2020

Produtos	Quantidade	Fontes de Verificação
1. Fortalecer o acesso e a assistência integral das gestantes portadoras do Cartão Mais Infância na região de saúde de Fortaleza	04ADS	• Relatório de análise
2. Monitoramento e avaliação da implementação da estratificação de risco das gestantes, da garantia dos exames preconizados no protocolo de pré-natal e da vinculação das gestantes ao pré-natal de alto risco e ao parto **da região de saúde de Fortaleza**	42 municipios	1.Relatório de análise
423. Pré-natal qualificado às gestantes estratificadas como Alto Risco **da região de saúde de Fortaleza**	04	1.SIGES
4. Diagnóstico situacional das Maternidades de Referência **da região de saúde de Fortaleza**	11	1.Relatório de análise
5. Implantação do acolhimento das gestantes com classificação de risco nas maternidades **da região de saúde de Fortaleza**	11	1.Relatório de análise
6. Apoiar a implantação de carrinho/ kits de emergências obstétricas (hipertensão e hemorragia) nas maternidades **da região de saúde de Fortaleza**	11	1.Relatório de análise
7. Requalificar (Infraestrutura física e equipamento) as	11	1.Relatório de análise

10 Maternidade de Referência para Alto Risco e as Maternidades de Risco Habitual com mais de selecionadas que apresentam não conformidades de acordo com o Relatório de Análise**da região de saúde de Fortaleza**		
8-Implementar a inserção de contraceptivos de longa duração no pós parto e abortamento nas maternidades de referência para alto risco das 5 (cinco) regiões e nas policlínicas **da região de saúde de Fortaleza**	11	1.Relatório de análise

I. Metas do Projeto para 2020

- 50% das gestantes portadoras do Cartão Mais Infância da região de Fortaleza monitoradas;
- 50 % dos municípios da região de Fortaleza pactuados para realização da estratificação de risco, a garantia dos exames e a vinculação das gestantes da região de Fortaleza
- 50% das gestantes de alto risco da região de Fortaleza referenciadas para o pré-natal de alto risco da região de Fortaleza
- 60% das gestantes vinculadas às maternidades para o parto e nascimento da região de Fortaleza
- 60% das gestantes de alto risco atendidas no pré-natal de alto risco da região de Fortaleza
- 60% das Maternidades avaliadas da região de Fortaleza
- 70% das maternidades com classificação de risco da região de Fortaleza
- 70% das maternidades com carrinho/ kits de emergências obstétricas (hipertensão e hemorragia) da região de Fortaleza
- 70 % das 10 Maternidades de Referência para Alto Risco e 22 Maternidades de Risco Habitual requalificadas (Infraestrutura física e equipamento)da região de Fortaleza
- 50% das Maternidades de referência para Alto Risco com inserção de contraceptivos de longa duração no pós-parto e abortamento da região de Fortaleza

11. Resultados Esperados

- Fortalecimento do processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde da rede materno infantil;
- Qualificação da assistência na Linha de Cuidado Materno Infantil;
- Redução da morbimortalidade materna e infantil no estado.

12. Integração de Ações

O projeto se insere como o Pilar Tempo de Nascer nas ações do Programa Mais Infância Ceará, objetivando a redução dos indicadores de mortalidade materno e infantil e, subsequentemente, dos índices de pobreza

13. Monitoramento

O monitoramento das atividades será realizado periodicamente pela SESA e equipe de execução do projeto, como também, por meio dos instrumentais de verificação do projeto.

A avaliação do alcance dos resultados será realizada pela equipe da Coordenação do Programa Nascer no Ceará da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Superitêndencia de Fortaleza/SESA).

Objetivos	Metas por Objetivos	Indicador de Resultados	Meios de Verificação	Periodicidade
1. Fortalecer o acesso e a assistência integral das gestantes portadoras do Cartão Mais Infância;	50%	1 Relatórios de diagnóstico realizado	SMS, SESA	Mensal
2. Fortalecer junto aos municípios a estratificação de risco das gestantes, a garantia dos exames preconizados no protocolo de pré-natal e a vinculação das gestantes ao pré-natal de alto risco e ao parto;	50%	% de municípios pactuados	Termo de adesão	Anual
3. Garantir o Pré-natal qualificado às gestantes estratificadas como Alto Risco;	50%	% de gestantes em consulta de pré-natal de alto risco	SIGES,SMS, SESA	Mensal
4. Realizar diagnóstico situacional das maternidades de referência.	70%	% de maternidades de referência para o alto risco com diagnóstico realizado	1.Relatórios de Análise	Anual
5. Implantação do acolhimento das gestantes com classificação de risco nas maternidades	70%	% de maternidades de referência com classificação de risco	1.Relatórios de Análise	Mensal
6. Apoiar a implantação de carrinho/ kits de emergências obstétricas (hipertensão e hemorragia) nas maternidades;	70%	% de maternidades de referência com carrinho/ kits de emergências obstétricas (hipertensão e hemorragia)	1.Relatórios de Análise	Anual
7.Requalificar (Infraestrutura física e equipamento) as 10	70%	% de maternidades requalificadas quanto	1.Relatórios de Análise	Anual

Maternidade de Referência para Alto Risco e as Maternidades de Risco Habitual que apresentam não conformidades de acordo com o Relatório de Análise.		a infraestrutura e equipamentos		
8. Implementar a inserção de contraceptivos de longa duração no pós parto e abortamento nas maternidades de referência para alto risco das 5 (cinco) regiões.	50%	N. de maternidades de referência para o alto risco realizando inserção de contraceptivos de longa duração	1.Relatórios de Análise	Mensal

13.1 Dados Utilizados

Os dados de monitoramento terão como referência:

Informações coletadas	Fonte	Periodicidade	Indicadores (Alcance de Metas)
Fortalecer o acesso e a assistência integral das gestantes portadoras do Cartão Mais Infância;	1.Relatórios de Análise	Anual	1 Relatório de diagnóstico realizado
Fortalecer junto aos municípios a estratificação de risco das gestantes, a garantia dos exames preconizados no protocolo de pré-natal e a vinculação das gestantes ao pré-natal de alto risco e ao parto;	1.Relatórios de Análise	Anual	% de gestantes estratificadas
Garantir o Pré-natal qualificado às gestantes estratificadas como Alto Risco;	1.Relatórios de Análise	Mensal	% de gestantes em consulta de pré-natal de alto risco
Informações referentes ao diagnóstico situacional das maternidades de referência para o parto;	1.Relatórios de Análise	Anual	% de maternidades de referência para o alto risco com diagnóstico realizado
Informações referentes a requalificação (infraestrutura física e equipamento) das 11 Maternidade de Referência	1.Relatórios de Análise	Anual	% de maternidades requalificadas quanto a infraestrutura e equipamentos
Informações referentes a Implementação da inserção de contraceptivos de longa duração no pós parto e abortamento nas maternidades de referência	1.Relatórios de Análise	Mensal	% de maternidades de referência para o alto risco realizando inserção de contraceptivos de longa duração
Informações referentes à mortalidade perinatal.	1. Sistema de Informação de Mortalidade SIM	Mensal	% de redução da taxa perinatal

13.2. Cadastro dos Beneficiários

O registro dos beneficiários será feito através do Sistema de TI da Secretaria da Saúde do Estado e do eSUS.

14. Pressupostos de Risco

- Dificuldade na implementação da pactuação entre Estado e os gestores municipais;
- Mudança das Políticas Públicas.

15. Orçamento

(R$1,00)

Detalhamento	Valor FECOP	Valor Outras Fontes (*)	Valor Total
NATUREZA DA DESPESA			
1. DESPESAS DE CAPITAL			
449052 – Equipamentos e Material Permanente	1.967.070,00	**-**	1.967.070,00
2. DESPESAS DE CUSTEIO			
339032 – Material de distribuição gratuitas (Insumos)	494.930,00	-	494.930,00
339039 – Serviços de terceiros - Pessoa Jurídica	129.000,00	-	129.000,00
TOTAL	**2.591.000,00**		**2.591.000,00**

16. Cronograma de Desembolso - Fonte FECOP

(R$1,00)

Item de Despesa	Agosto	Setembro	Novembro	Total
449052	655.690,00	655.690,00	655.690,00	1.967.070,00
339032	164.976,66	164.976,66	164.976,66	494.930,00
339039	43.000,00	43.000,00	43.000,00	129.000,00
TOTAL				**2.591.000,00**

17. Distribuição dos Recursos por Municípios

(R$1,00)

N° de Ordem	Região Administrativa	Municípios	Valor FECOP	Valor Outras Fontes (*)	Pessoas Beneficiadas
01	03 - Grande Fortaleza	42	**2.591.000,00**	**-**	**132.808**
Total			**2.591.000,00**	**-**	**132.808**

18. Responsável (eis) pelo Projeto

Coordenação do projeto	Superitendencia de Fortaleza

Responsável	Dra. Josenilia Maria Alves Gomes
E-mail	gomes.josenilia@gmail.com
Telefone	31015124

Diretrizes Regionais do planejamento participativo

6. Diretrizes Regionais do Planejamento Participativo 2020-2023

Região: Cariri
DIRETRIZES REGIONAIS
Promover a integração das políticas de esporte, saúde e educação.
Promover a regionalização e a efetivação das ações de controle de zoonose.
Ampliar o acesso atenção terciária (UTI).
Fortalecer as políticas de atenção à saúde da pessoa idosa.
Fortalecer a cooperação técnica entre governos estadual e municipais.
Criação das redes de atenção psicossocial.
Fortalecer a gestão do sistema de imunização.
Fortalecer as ações Intersetoriais de controle ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Região: Grande Fortaleza
DIRETRIZES REGIONAIS
Ampliar a capacitação dos profissionais da saúde.
Ampliar vagas para idosos e melhorar a gestão de vagas de forma exclusiva.
Ampliar os programas de saúda da família e a prestação de atendimentos domiciliares.
Melhorar a gestão dos recursos na saúde.
Ampliar políticas inclusivas de pessoas deficientes ou com condições especiais.

Região: Litoral Leste
DIRETRIZES REGIONAIS
Desenvolver política para implantação de ambulatório em escolas usando atenção integral dos adolescentes.
Fortalecer as políticas de ações e prevenção da saúde junto à comunidade.
Melhorar as estruturas de atendimento psicossocial.
Fortalecer as políticas de práticas integrativas e complementares (fitoterapia e acupuntura).
Promover a melhora da regulação dos pacientes dos hospitais terciários.
Promover ações para melhoria do acesso aos exames e serviços especializados.
Promover políticas públicas para prevenção e atendimento de idosos.

Região: Litoral Norte
DIRETRIZES REGIONAIS
Garantir o atendimento da programação pactuada.
Ampliar a promoção da assistência farmacêutica.
Efetivar as redes de atenção a saúde.
Ampliar as ações de prevenção e promoção a saúde de adoção de práticas saudáveis e cultura da paz.
Implementar a rede materno-infantil.
Garantir a implementação da rede de saúde mental.

Ampliar o acesso à atenção secundária e implantar a terciária relativa à saúde bucal.
Ampliar o acesso ao serviço móvel de urgência e emergência na região.

Região: Litoral Oeste - Vale do Curu
DIRETRIZES REGIONAIS
Modernizar o serviço de atendimento, com uso de tecnologia da informação.
Ampliar a oferta de serviços especializados na média e alta complexidade, garantindo atendimento adequado à população.

Região: Maciço de Baturité
DIRETRIZES REGIONAIS
Fortalecer a atenção primária em saúde, tornado-a efetiva ordenadora do cuidado individual e coletivo.
Fortalecer e implementar ações de vigilância em saúde.
Fortalecer as redes de atenção a saúde (materno-infantil).
Fortalecer os consórcios públicos da saúde, ampliando a oferta de especialidades.

Região: Serra da Ibiapaba
DIRETRIZES REGIONAIS
Implantar serviço de assistência e controle a animais de ruas.
Reestruturar serviços de assistência a saúde a pacientes ontológicos da região. (verificar nome)

Região: Sertão Central
DIRETRIZES REGIONAIS
Fortalecer a participação do estado na gestão de consórcios públicos de saúde.
Organizar o modelo de atenção de alta e média complexidade, promovendo a resolutividade de acordo com o perfil da região.
Ampliar a oferta de exames especializados.
Promover maior atratividade e permanência dos profissionais na região.
Descentralizar serviços de média e alta complexidade.
Promover a qualificação permanente em relação aos protocolos.

Região: Sertão de Canindé
DIRETRIZES REGIONAIS
Fortalecer as ações de atenção primária e secundária na região.
Promover a saúde do trabalhador na dimensão biopsicossocial.
Promover ações de promoção e prevenção à saúde da população nas dimensões físicas e mental.
Fortalecer a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da região de saúde.
Implantar os serviços de média complexidade na região.

Fortalecer a educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.

Região: Sertão de Sobral
DIRETRIZES REGIONAIS
Ampliar a oferta de procedimentos e serviços especializados.
Ampliar o acesso à saúde bucal.
Implantar a atenção terciária de saúde bucal.
Garantir a política de acesso aos medicamentos da região.

Região: Sertão dos Crateús
DIRETRIZES REGIONAIS
Apoiar a implementação e funcionamento efetivo da rede de ouvidorias do Sistema Único de Saúde.
Ampliar e garantir a oferta de serviços de saúde na atenção primária especializada.
Implantar as redes de atenção à saúde, de Urgência e Emergência e Psicossocial.
Fortalecer a rede materno-infantil.
Promover formação inicial para gestores que ocuparem cargos públicos na área de saúde.
Promover maior fiscalização e transparência na aplicação dos recursos, bem como incentivar a participação e controle social.
Promover a qualificação continuada e de qualidade dos profissionais da área de saúde.
Estabelecer políticas de prevenção e promoção da saúde.
Garantir atenção à saúde no nível secundário na região e terciário no âmbito do sistema de referência.
Incentivar o resgate da educação popular na saúde.
Implantar curso de medicina na região.

Região: Sertão dos Inhamuns
DIRETRIZES REGIONAIS
Redimensionar as competências dos serviços da atuação básica.
Ampliar o apoio aos municípios da região na oferta de atenção básica.
Ampliar o acesso a serviços indispensáveis à população.
Sensibilizar gestores e população em geral sobre a importância das políticas de promoção e prevenção em saúde.
Implementar planejamento focado nos serviços e pactuação baseadas no perfil epidemiológico da região.
Ampliar a oferta de políticas voltadas para o atendimento ao dependente químico.
Ampliar a oferta de serviços especializados de média complexidade.
Fortalecer a gestão, transparência e interação entre as três esferas de governo.
Garantir a meritocracia no processo de contratação dos profissionais de saúde.

Região: Vale do Jaguaribe
DIRETRIZES REGIONAIS
Fortalecer e ampliar a rede de atenção (primária, secundária e terciária) de saúde.

Ampliar a oferta de leitos de UTI.
Garantir a aquisição de medicamentos da Programação Pactuada Integrada (PPI).
Viabilizar transporte adequado aos pacientes com necessidades específicas (câncer e hemodiálise).
Ampliar o atendimento do serviço de urgência e emergência em todos os municípios.

Monitoramento e Avaliação

7. Monitoramento e Avaliação

Definir intuitivamente avaliação, parece não ser difícil. No entanto, entre avaliadores profissionais, não há uma definição com a qual todos concordam em relação ao sentido exato do termo avaliação.

Uma definição típica de dicionário diria que "avaliar é determinar ou estabelecer valor de; examinar e julgar.

Entre as várias definições conhecidas de avaliação, a maioria prefere a proposta por Scriven[4] (1967, apud WORTHEN, SANDERS, FITZPATRICK, 2004, p. 35):, que definiu avaliação como "julgar o valor ou mérito de alguma coisa".

Nos termos mais simples que é possível empregar, acreditamos que a avaliação é a determinação do valor ou mérito de um objeto de avaliação. Uma definição mais extensa, diria que avaliação é identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor (valor ou mérito), a qualidade, a utilidade e eficácia ou a importância do objeto e atividade em relação a esses critérios.

Na perspectiva de reforçar a reflexão sobre monitoramento e avaliação deste plano temos em Garcia[2] (2001) que o monitoramento é um processo sistemático e contínuo, pode ser entendido como uma ação que permite a observação, a medição e a avaliação contínua de um processo ou fenômeno e que, avaliar não significa apenas medir, o confronto entre a situação atual com a ideal, o possível afastamento dos objetivos propostos, das metas a alcançar, de maneira a permitir uma constante e rápida correção de rumos, com economia de esforços (recursos) e de tempo.

No propósito de implantação de uma pratica de monitoramento e avaliação no SUS - Ceará concordamos com Tanaka[3] (2006), quando este afirma que se formos capazes de despertar o

4

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de Programas**: concepções e práticas, São Paulo: Edusp / Editora Gente, 2004.

[2] Garcia RC. Subsídio para Organizar Avaliações da Ação Governamental. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2001. Texto para Discussão nº 776.

[3] Tanaka OY. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. Cien Saude Colet 2006; 11(3):564-576.

interesse dos distintos sujeitos sociais em tornar mais racional, por meio da utilização de informações mais objetivas, no cotidiano das escolhas, para a tomada de decisão, estaremos "institucionalizando" a avaliação como um processo extrínseco do cotidiano.

O processo de monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde 2020-2023, utilizar-se-a dos compromissos e resultados de gestão expressos neste documento, através de Diretrizes, objetivos, metas e respectivos indicadores, anualmente avaliados e apresentados no **Relatório de Gestão**, sob condução da Coordenadoria de Desenvolvimento Institucional e Planejamento, mediante articulação da Célula de Planejamento Institucional com as áreas técnicas, conforme conteúdo consolidado e alimentado no sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento com fluxo ao Conselho Estadual de Saúde para apreciação e aprovação. Referido relatório também tem a função de recomendar algum redirecionamento que se fizer necessário ao Plano.

Ressalta-se ainda, o acompanhamento através das respectivas Programações Anuais de Saúde, na ocasião de prestação de contas, quadrimestral apresentadas no Conselho Estadual de Saúde, compatibilizando o conteúdo do relatório resumido de execução orçamentária aos compromissos do plano, expressos nas anualizações das metas, ações e respectivos recursos executados.

No intuito de que o Plano Estadual de Saúde mude positivamente o quadro de saúde para uma população saudável, o monitoramento e avaliação torna-se mecanismo de grande relevância, concretizando a aplicabilidade do planejamento na resolutividade dos problemas de saúde.